CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CES

Juan Fernando Gómez Lopera

Juan Fernando Vélez correa

Juan Gonzalo Vélez Zuluaga

Asesor

Dra. Yolanda Torres

Universidad CES

Facultad de Medicina

Medellín, Colombia

2008

CONSUMO DE ALCOHOL Y CIGARRILLO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CES

Juan Fernando Gómez Lopera

Juan Fernando Vélez Correa

Juan Gonzalo Vélez Zuluaga

Asesor

Dra. Yolanda Torres

Universidad CES

Facultad de Medicina

Medellín, Colombia

2008

INDICE GENERAL

RESUMEN 11

ABSTRACT 13

INTRODUCCIÓN 15

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 17

Planteamiento del problema

Justificación de la propuesta

Pregunta de investigación

1. MARCO TEÓRICO 19

1.1 ALCOHOL 19

1.1.1 Definición 19

1.1.2 Reseña histórica 19

1.1.3 Alcoholismo 21

1.1.3.1 Abuso 24

1.1.3.2 Dependencia 25

1.1.4 Factores de riesgo 26

1.1.4.1 Genero 27

1.1.4.2 Historia familiar 27

1.1.4.3 Factores genéticos 28

1.1.4.4 Factores culturales 28

1.1.4.5 Vulnerabilidad psicológica 29

1.1.4.6 Trastornos psiquiátricos 29

1.1.5 Adicción 29

1.1.6 Diagnostico 30
1.1.6.1 Entrevistas estructuradas 31
1.1.6.2 Laboratorio 33
1.1.7 Consecuencias 33
1.1.8 Alcoholismo en la juventud 41
1.2 CIGARRILLO 43
1.2.1 Definición 43
1.2.2 Reseña histórica 45
1.2.3 Tabaquismo 46
1.2.4 Clasificación 47
1.2.5 Causas de Iniciación consumo de cigarrillo 50
1.2.6 Factores de Riesgo 51
1.2.7 Diagnostico 55
1.2.8 Consecuencias 57
1.2.9 Tabaquismo en jóvenes 60
2 OBJETIVOS 61
2.1 Objetivo general 61
2.2 Objetivos específicos 61
3 METODOLOGIA 62
3.1 Definición del método 62
3.2 Población y muestra 62
3.3 Criterios de inclusión y exclusión 63
3.3.1 Criterios de inclusión 63
3.3.2 Criterios de exclusión 63
3.4 Instrumentos de recolección 63
3.5 Procesamiento de la información 63
3.6 Variables 64
3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos 65

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS 66
5. RESULTADOS 67
5.1 Factores socio demográficos 67
5.2 Resultados alcohol 68
5.3 Factores de riesgo para el consumo de alcohol 72
5.3.1 Convivencia con los padres 72
5.3.2 Maltrato físico por parte de la familia 72
5.3.3 Abuso sexual por parte de la familia 73
5.3.4 Abuso físico 74
5.3.5 Estrés académico 74
5.3.6 Estrés por presentaciones orales 74
5.3.7 Estrés por supervisión del docente 75
5.3.8 Estrés por presentaciones escritas 75
5.3.9 Estrés por expectativas sobre su futuro 76
5.3.10 Estrés por complejidad de materias 76
5.3.11 Estrés por competitividad entre compañeros 76
5.3.12 Estrés por volumen de estudio 77
5.3.13 Otros factores de riesgo 78
5.4 Resultados consumo alcohol hasta embriaguez 79
5.5 Factores de riesgo para el consumo de alcohol hasta la embriaguez 81
5.5.1 Alojamiento con los padres 81
5.5.2 Maltrato físico por parte de la familia 82
5.5.3 Abuso sexual por parte de otra persona (diferente a la familia) 84

5.6 Resultados cigarrillo 85
5.7 Factores de riesgo para el consumo de cigarrillo 86
5.7.1 Alojamiento con los padres 86
5.7.2 Maltrato verbal por parte de la familia 87
5.7.3 Maltrato verbal por parte de otra persona diferente a un miembro de la familia 87
5.7.4 Maltrato físico por parte de una persona diferente a un miembro de la familia 88
6. DISCUSIÓN 91
7. CONCLUSIONES 95
8. BIBLIOGRAFIA 98
9. ANEXOS 100

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Prevalencia del consumo de alcohol 68

Tabla 2 Prevalencia del consumo de alcohol según sexo69

Tabla 3 Severidad del consumo de alcohol 70

Tabla 4 Severidad del consumo de alcohol según el sexo71

Tabla 5 Consumo de alcohol asociado con abuso sexual74

Tabla 6 Consumo de alcohol asociado a abuso físico 74

Tabla 7 Prevalencia alcoholismo según fac. Estresantes 78

Tabla 8 Prevalencia de consumo de alcohol hasta la embriaguez 80

Tabla 9 Prevalencia de consumo de alcohol hasta la embriaguez según sexo 80

Tabla 10 Consumo de alcohol hasta la embriaguez asociado al maltrato verbal por parte de la familia 83

Tabla 11 Consumo de alcohol hasta la embriaguez asociado al maltrato físico por parte de otro 83

Tabla 12 Prevalencia consumo de cigarrillo 85

Tabla 13 Prevalencia consumo cigarrillo según el sexo 85

Tabla 14 Prevalencia del consumo de cigarrillo asociado al maltrato verbal por parte de la familia 87

Tabla 15 Consumo de cigarrillo asociado al maltrato físico por parte de la familia 88

Tabla 16 Edad de inicio consumo de cigarrillo y alcohol 89

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Prevalencia consumo de alcohol según la edad 69

Gráfico 2 Severidad del consumo de alcohol según edad 71

Gráfico 3 Consumo alcohol asociado al maltrato verbal 73

Gráfico 4 Consumo de alcohol asociado al estrés por presentaciones escritas 75

Gráfico 5 Consumo de alcohol asociado al estrés por las expectativas sobre el futuro 76

Gráfico 6 Consumo de alcohol asociado al estrés por volumen de estudio 77

Gráfico 7 Consumo de alcohol asociado al estrés ocasionado por las decisiones tomadas por el comité de promoción 77

Gráfico 8 Prevalencia de consumo de alcohol hasta la embriaguez según la edad 79

Gráfico 9 Consumo de cigarrillo según la edad 86

RESUMEN

En la actualidad asistimos a una creciente demanda de información sobre los patrones de consumo de alcohol en nuestra sociedad, por la problemática social y personal que plantea. Dentro de estos patrones adquieren una mayor importancia los asociados a las pautas de consumo de la adolescencia y juventud, que va aumentando, tanto en número de bebidas adquiridas, como en el de su graduación alcohólica.

Cada vez más se inicia un patrón de consumo a más temprana edad, posibilitando esto la creación de dependencia precoz y a su vez sirviendo de entrada para el consumo de otras drogas o sustancias nocivas, como es el caso del cigarrillo.

En este estudio se investigo la prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en estudiantes de medicina de la universidad CES, y se exploro diversos factores de riesgo que causan su consumo, esto mediante instrumento DUSI y escala VESPA. Se encontró alcoholismo en 31 casos, los cuales representan el 8.2% de la población total estudiada, la mayoría son hombres con 17 casos y el resto son mujeres con 14 casos .Además una prevalencia anual de alcohol en los hombres con un porcentaje de 90.5% Vs 85% correspondiente a las mujeres. La edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue a los 15 años.

Con respecto al cigarrillo se encontró una prevalencia anual de consumo, mayor en hombres con un porcentaje de 34.5%, y en mujeres de 25.5%. La edad con mayor prevalencia anual de consumo de cigarrillo son los 20 años con 27 casos, correspondientes 40.3%.

PALABRAS CLAVES

Alcoholismo, prevalencia, VESPA- DUSI, Estudiantes de medicina, Universidad CES.

ABSTRACT

At present witnessing a growing demand for information on the patterns of consumption of alcohol in our society, for personal and social problems it poses. Within those patterns take on a greater importance associated with the consumption patterns of adolescence and youth, which is increasing both in number of drinks purchased, as in that of its alcohol content. Increasingly began a pattern of consumption at younger ages, enabling the creation of this unit and in turn serve as an early entry for consumption of drugs or other harmful substances, such as cigarette.

This study investigated the prevalence of alcohol consumption and smoking in medical students of the university CES, and will explore various risk factors that cause it, using this instrument VESPA-Dusi and scales. Alcohol was found in 31 cases, which accounted for 8.2% of the total population studied, the majority are men with 17 cases and the rest are women with 14 cases. Besides an annual prevalence of alcohol in men with a percentage of 90.5% Vs 85% for women. The average age of onset of alcohol was at age 15.

With regard to cigarette was found a prevalence of annual consumption, higher in men with a percentage of 34.5% and

25.5% of women. The Age annually with the highest prevalence of cigarette consumption are age 20 with 27 cases, for 40.3%.

KEY WORDS

Alcoholism, prevalence, VESPA - DUSI, Medical students, CES university

INTRODUCCIÓN

La influencia de alcohol en la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, individuo y por ende de la sociedad. La influencia del alcohol se ha visto reflejada en las diferentes esferas de la historia de la sociedad desde tiempos muy remotos.

“El consumo de alcohol, ha sido reconocido como un factor de integración social y favorecedor de la convivencia”. El alcohol es una de las bebidas embriagantes, consumidas con moderación y en los contextos permitidos, reduce la tensión, desinhibe y provoca sensaciones de bienestar. Los bebedores “normales” disfrutan de las bebidas por esos efectos placenteros y aprecian diferentes clases de bebidas. Desafortunadamente, proporciones variables de individuos en la población presentan problemas en su salud y en sus relaciones interpersonales a causa del consumo inmoderado de alcohol.

Sin embargo, ¿Cuáles son los trastornos provocados por el uso excesivo de alcohol? Quizá mucha gente piense que mientras no se convierta en alcohólico típico, las consecuencias de beber frecuentemente y en altas dosis no son tan alarmantes. Pero los estragos del alcohol pueden ser graves y muchos de ellos irreversibles.

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

El tabaquismo por su parte es reconocido desde hace varios años como un problema de salud publica, debido a que los daños a la salud asociados al consumo del tabaco causan más de medio millón de muertes en el continente americano. En Colombia existe una masa poblacional cada vez mayor en los grupos de edad media y avanzada, en los cuales la tasa de morbi mortalidad relacionadas con el inicio del tabaquismo en edades cada vez mas tempranas son extremadamente altas.

Estos elementos introducen al tabaquismo en el escenario de las diez principales causas de mortalidad en Colombia y los convierte en un problema prioritario de salud pública. Estudios probabilísticos basados en las pautas de consumo actuales, señalan que para el año 2025 el tabaco será la causa de mas de diez millones de muertes en el mundo.

Vemos así como la lucha contra el tabaquismo se ha convertido en un proceso irreversible y radical en la toma de decisiones que llevaran a disminuir en forma importante este problema tanto de salud publica, como de salud física y mental.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El consumo de alcohol y cigarrillo han sido objeto de estudio continuo, las cifras aumentan cada vez más y es un problema que afecta a la sociedad en general.

La problemática radica en el consumo masivo de estas sustancias por jóvenes, los cuales inician su abuso con mayor frecuencia a menor edad, en la que dichas sustancias empiezan a formar parte de la vida cotidiana hasta el punto de crear necesidad de consumirla, genera ansiedad, depresión, perjudica la salud tanto física como mental, aislándolos de la familia, amigos, estudio y por ultimo del entorno social.

Seria un error entender este problema como algo ajeno que solo perjudica a un solo individuo, por lo que es de vital importancia saber y conocer las consecuencias de las dependencias a estas drogas ya que se trata de un problema de salud publica, que nos concierne a todos.

Se cree que de cada 1.000 muertes evitables 1 se debe a drogas ilegales y 150 al tabaco. De todos los fumadores que existen en el mundo, la mitad aproximadamente morirá de forma precoz a causa del tabaco.

Es por eso que surge la necesidad de llevar a cabo este estudio sobre el consumo de alcohol y cigarrillo en estudiantes de medicina, que permita visualizar las posibles causas, factores de riesgo y los efectos del consumo en dicha

población, para así proponer diferentes programas encaminados a la prevención del consumo de estas drogas.

MARCO TEORICO

1.1. ALCOHOL

1.1.1. Definición

El alcohol es un líquido incoloro y volátil que está presente en diversas bebidas fermentadas. En ellas alcanza concentraciones desde un 5% hasta un 20%. Es el caso de la cerveza y los vinos, aunque algunos destilados pueden llegar hasta un 40% o más. Dependiendo del género de la bebida que lo contenga, el etanol se acompaña de distintos elementos químicos que lo dotan de color, sabor, olor y otras características.

El alcohol se obtiene de la fermentación de diversos frutos y plantas. Su nombre químico es etanol (CH3-CH2-0H) o alcohol etílico. Algunos productos que lo contienen son el vino, la cerveza y una multiplicidad de licores, entre otros.

1.1.2. Reseña histórica

Desde tiempos muy remotos el hombre aprendió a fermentar granos y jugos para obtener una sustancia que le provocaba un estado especial. Este estado varía en las diferentes personas de acuerdo a la cantidad ingerida y de acuerdo a las motivaciones de su injerencia. Nos referimos al estado de intoxicación alcohólica.

Existen reportes escritos del uso de cerveza, vinos y otras bebidas alcohólicas que datan desde 3000 años antes de Cristo. Pero el proceso de destilación aplicado a las bebidas fermentadas se remonta alrededor del año 800 después de Cristo. Este proceso ha permitido la preparación de licores altamente potentes que se consumen actualmente.

Las bebidas alcohólicas han sido conocidas y utilizadas por el hombre desde tiempos inmemoriales. La llamada hidromiel -mezcla fermentada de agua y miel- y la cerveza se consumen en el mundo desde hace miles de años. Se conservan restos del año 2.200 A.C. que evidencian la recomendación que se hacía a las mujeres en estado de lactancia para que bebieran cerveza.

Los griegos rendían culto a Dioniso (deidad de la naturaleza regeneradora y la embriaguez) y ofrecían bebidas alcohólicas a éste y otros dioses y a los soldados, antes de que entraran en combate. Los romanos apreciaron enormemente el vino y contribuyeron a la difusión de la vid por toda Europa.

También América conoce fermentos alcohólicos de escasa graduación desde tiempos remotos: el pulque y la chicha gozaron de amplia aceptación entre los pueblos aborígenes, quienes les atribuían un significado religioso.

Por su parte, se presume que fueron los árabes quienes descubrieron la destilación y de cuya mano se introdujo este proceso en el continente europeo.

Ya en la Edad Media, el consumo de bebidas alcohólicas se asoció con las ideas de salud y bienestar. De hecho, el alcohol adoptó este nombre a finales del siglo XVI, pues hasta ese entonces se le conocía con el elocuente apelativo latino de aqua vitae (aguavital).

Fue a partir de la Revolución Industrial del siglo XIX, y su honda transformación en los métodos de producción, comunicación y transporte, que el consumo de esta sustancia alcanzó niveles hasta entonces desconocidos, los que se vieron notablemente incrementados desde el último tercio de este siglo

.

1.1.3. Alcoholismo

la OMS lo ha definido como “un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que puede sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos, y sanciones penales... un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente, sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una importancia fundamental del alcohol, en que el planteamiento de las ocasiones de beber, puede tener preferencia sobre resto de

sus actividades. Además de estos cambios, se observa un estado de alteración psicobiológica, con signos y síntomas a la privación del alcohol. Ingestión de bebidas alcohólicas para lograr su alivio y aumento de la tolerancia..."(1)

Además de esto la OMS es clara en definirlo “como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos(1). El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte”.

El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de años. Los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades. El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el

estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso.

Al principio el alcohólico puede aparentar una alta tolerancia al alcohol, consumiendo más y mostrando menos efectos nocivos que la población normal (2). Más adelante, sin embargo, el alcohol empieza a cobrar cada vez mayor importancia, en las relaciones personales, el trabajo, la reputación, e incluso la salud física. El paciente pierde el control sobre el alcohol y es incapaz de evitarlo o moderar su consumo. Puede llegar a producirse dependencia orgánica (física), lo cual obliga a beber continuamente para evitar el síndrome de abstinencia.

Las personas alcohólicas periódicamente dejan de beber o cambian de un licor duro a la cerveza o al vino, pero rara la vez duran estos periodos. Los alcohólicos severos a menudo tienen una historia de accidentes, de inestabilidad matrimonial, en el trabajo y problemas de salud relacionados con el alcohol. Los incidentes episódicos violentos y abusivos contra los cónyuges y los niños y una historia de accidentes no explicados o frecuentes son a menudo signos del abuso de droga o del alcohol. (Toro RJ; Yepez LE. 1997) (21).

1.1.3.1. Abuso

El abuso del alcohol es una enfermedad que consiste en el deseo de ingerir alcohol y seguir bebiendo, inclusive cuando se enfrenta a problemas laborales, legales, de salud o familiares relacionados con el alcohol. El abuso del alcohol puede convertirse en alcoholismo. Las consecuencias del abuso del alcohol son serias - en muchos casos, amenaza o pone en peligro la vida. Además aumenta el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer, especialmente de hígado, esófago, garganta, y laringe(3). El abuso del alcohol también puede causar cirrosis del hígado, problemas en el sistema inmune, daño cerebral, y puede afectar el feto durante el embarazo.

El abuso de alcohol puede manifestarse por:

- No cumplir con responsabilidades del trabajo, de la escuela o del hogar.
- Beber alcohol durante actividades que pueden ser peligrosas tales como operar maquinarias o manejar un carro.
- Tener problemas frecuentes relacionados con el alcohol tales como ser arrestado por conducir bajo la influencia de alcohol o por herir a alguien mientras está borracho (embriagado).
- Continuar bebiendo a pesar de tener problemas constantemente al relacionarse con otras personas que son causados o empeorados por los efectos del alcohol.(4)

1.1.3.2. Dependencia

Es un conjunto de síntomas y comportamientos que indican que el alcohol tiene un papel central en la vida de la persona, que será difícil de cambiar y que se ha producido una neuroadaptación. Se manifiesta por la presencia de conductas que demuestran la necesidad y pérdida de libertad frente al alcohol, con dificultad para controlar su consumo, así como por la existencia de tolerancia y síndrome de abstinencia.(3)

La dificultad para controlar el consumo de alcohol incluye tanto la dificultad de controlar el ansia de beber como la incapacidad de parar de beber una vez se ha empezado. Los problemas sociales, laborales, familiares, se deben fundamentalmente a que el sujeto pasa cada vez más tiempo en actividades relacionadas con el consumo de alcohol. En la Tabla 10 se describen las principales características clínicas de la dependencia del alcohol.(3)

Las principales características clínicas de la dependencia del alcohol son:

Patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

  (**a**) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  (**b**) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia , en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.(3)

1.1.4. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es algo que incrementa la posibilidad de contraer una enfermedad o padecimiento.

Es posible desarrollar alcoholismo con o sin los factores de riesgo enlistados abajo. Sin embargo, a mayor cantidad de riesgo, mayor posibilidad de desarrollar la enfermedad. (4)

Los siguientes factores pueden incrementar el riesgo de alcoholismo:

1.1.4.1. Género

El abuso en el consumo de alcohol es cinco veces más frecuente en hombres que en mujeres. Los hombres son más propensos a ser bebedores en comidas y alcohólicos que las mujeres. Sin embargo, la incidencia de alcoholismo en mujeres ha estado en aumento desde hace 30 años. Las mujeres son más propensas a ser alcohólicas a edades más avanzadas en la vida que los hombres.

1.1.4.2. Historial Familiar

El alcoholismo tiende a estar presente en familias. Esto ha llevado a los investigadores a concluir que existe una predisposición genética para desarrollar problemas con el abuso de alcohol. El porcentaje de alcoholismo en hombres con padres no alcohólicos es de aproximadamente el 11.4%. Para los hombres con un padre alcohólico, la escala es de aproximadamente el 29.5%. Los antecedentes familiares también son vistos en mujeres, aunque el vínculo es un poco más débil.

1.1.4.3. Factores Genéticos

Hoy en día la participación genética en el desarrollo del alcoholismo y drogadicción es un hallazgo que no tiene duda, demostrado a través de los estudios en animales, gemelos y de adopción que han confirmado tales asociaciones. Los estudios más actualizados sobre la tasa de herencia general para el alcoholismo fluctúan entre el 60% y 90%. (Schukit, M., 1991)(22). Parientes cercanos de alcohólicos primarios tienen aproximadamente 3 a 4 veces más el riesgo de desarrollar el trastorno. Del mismo modo en los hijos de alcohólicos se han encontrado un incremento de reacciones placenteras ante la exposición al alcohol, una menor alteración cognitiva y psicomotora así como una serie de cambios en el sistema nervioso central que los predisponen al alcoholismo. Schukit,M.(1994) (23).

Factores Culturales

El alcoholismo es un problema más claro en unas culturas que otras. Por ejemplo, las escalas de alcoholismo son mayores en Europa y los Estados Unidos en donde el consumo de alcohol es común y socialmente aceptable. En la cultura estadounidense, el alcohol muchas veces es usado como un lubricante social y para reducir la tensión. En grupos como los mormones, musulmanes y judíos ortodoxos, en los que sus valores religiosos les prohíben consumir alcohol, la incidencia de alcoholismo es mínima. Las escalas altas de abuso en el consumo de alcohol y alcoholismo también están relacionadas con la presión de tomar y el fácil acceso al alcohol.

1.1.4.4. Vulnerabilidad Psicológica

Las investigaciones han encontrado que ciertos factores psicológicos incrementan el riesgo del consumo de alcohol y alcoholismo en los individuos. Estos factores incluyen tener altas auto-expectativas, tener baja tolerancia a la frustración, sentirse inadecuado o inseguro en los papeles que uno desempeña, necesidad de una cantidad de elogios y consuelos y tener tendencia a ser impulsivo y agresivo.

1.1.4.5. Trastornos Psiquiátricos

Las investigaciones han encontrado que las escalas altas de trastornos del abuso de alcohol están relacionadas entre la gente con trastornos de ansiedad, depresión, antisociales y de personalidad, esquizofrenia y abuso de otras sustancias tales como el cigarrillo y el abuso de drogas ilícitas.

1.1.5. Adicción

Aunque en el tejido cerebral no se han aislado receptores específicos para el alcohol, parece ser que el alcohol, como todas las sustancias capaces de desarrollar adicción, produce euforia por su acción sobre el centro del placer y la recompensa. Además con su consumo continuado se desarrollan tolerancia y dependencia farmacológicas.

El alcohol actúa sobre el centro del placer y la recompensa del Sistema Nervioso Central (SNC), aumentando la liberación de dopamina. Los mecanismos por los que el alcohol activa la vía

dopaminérgica no están totalmente establecidos, y parece ser que el alcohol estimularía esta vía de forma indirecta, a través de su acción sobre diferentes sistemas de neurotransmisión, fundamentalmente los sistemas GABA-érgico, opioide endógeno, glutaminergico y el serotoninérgico. Esta sensación de placer inducida por el consumo del alcohol, se acompaña de un mensaje, que se imprime en el cerebro y es memorizado.
Esta memoria actúa como un refuerzo de la conducta de búsqueda de un nuevo consumo cuando se disipa la acción euforizante del alcohol.

1.1.6. Diagnostico

El diagnostico de alcoholismo se realiza en base a una historia clínica donde se investigan patrones de compartimiento, síntomas, historial de consumo, tratamientos previos, etc. De acuerdo a estos datos se trata establecer si el paciente cumple con los criterios diagnósticos y así determinar el tipo de padecimiento que tiene.

De acuerdo con los criterios diagnósticos del de la clasificación internacional de enfermedades 10ª.edición (CIE-10), de la organización mundial de la salud (OMS) y los del manual diagnostico y estadístico 4ª.edición (DSM IV) Los trastornos por consumo de alcohol pueden clasificarse en:

- Abuso de alcohol
- Dependencia de alcohol

(Anteriormente descritos.)

La prevalencia de trastornos por uso de alcohol es significativamente mayor en pacientes que acuden a nivel primario de atención que en la población general. Por esta razón los clínicos tienen la oportunidad de jugar un papel clave en la detección de problemas relacionados con el alcohol y en iniciar esfuerzos de prevención o tratamiento. Existen varios instrumentos de tamizaje relativamente breves. Estos instrumentos *no proveen un diagnóstico* pero ayudan a identificar a pacientes que se pueden beneficiar con una evaluación más completa de sus patrones de consumo de alcohol. Después de una prueba de tamizaje se puede confirmar la presencia de un trastorno por uso de alcohol usando criterios clínicos estandarizados, como los del CIE-10 o los del DSM IV. Existen dos tipos de instrumentos de tamizaje para la detección de problemas por alcohol. El primer tipo incluye cuestionarios autoaplicados y entrevistas estructuradas; el segundo tipo incluye pruebas de laboratorio que pueden detectar cambios bioquímicos asociados con el consumo excesivo de alcohol.

1.1.6.1. Entrevistas estructuradas

- **AUDIT:** instrumento sencillo confiable para detectar el consumo de riesgo en la población general. fue desarrollado por la OMS como un método simple de tamizaje de consumo en varios niveles de atención.

- **CAGE:** útil en unidades de salud con mucho trabajo ya que solo consiste en 4 preguntas con respuestas negativas o positivas que requieren menos de un minuto para hacerse. Sin embargo la prueba CAGE no detecta patrones de consumos bajos pero riesgosos.(5) El desempeño de esta prueba puede mejorarse incorporando preguntas sobre la cantidad y la frecuencia de consumo.

  Preguntas de la prueba CAGE:

  - ¿Alguna vez ha tenido que beber a primera hora de la mañana para sentirse bien?
  - ¿Ha pensado alguna ocasión en dejar la bebida?
  - ¿Se ha sentido en alguna ocasión culpable por la bebida?
  - ¿Le han molestado observaciones que la gente ha hecho sobre su forma de beber?

Si la respuesta a alguna de estas preguntas es SI, entonces pregunta si sucedió en los últimos 12 meses

Si respondió a afirmativamente a 3 ó 4 preguntas en el último año es posible que el paciente tenga dependencia al alcohol.

Si respondió que sí a 1 ó 2 preguntas el último año es posible que el paciente tenga problemas relacionados con el alcohol (abuso).

1.1.6.2. Laboratorio

La elevación de un buen numero de parámetros analíticos
Se relaciona con el consumo de alcohol; los mas frecuentes: acido úrico, triglicérido, GGT, glutámico-oxaloacetico transaminasa (GOT o AST), glutámico- piruvico transaminasa (GPT O ALT), cociente GOT/GPT mayor de 1, y volumen corpuscular medio (VCM).
El marcador biológico más sensible (33-52%) y específico (81-89%) para el abuso de alcohol seria la GGT. Después de la GGT, los de mayor rendimiento serian el VCM y la GOT.
La determinación conjunta de los tres parámetros elevados mejora el rendimiento, pero no sustituye la exploración del consumo mediante entrevista. Su principal utilidad es la monitorización de los cambios en el seguimiento.

1.1.7. Consecuencias

Como ya se ha mencionado anteriormente, el alcohol es una sustancia que afecta a todo el organismo, no precisándose de un consumo crónico e intenso, es decir, de un estado de alcoholismo para producir daño orgánico. El interés de este apartado viene dado por la baja percepción de riesgo asociado al consumo de alcohol en la población, y por el consumo generalizado de dicha sustancia.
Las evidencias clínicas apuntan a la existencia de daños orgánicos asociados a los nuevos patrones de consumo que

predominan en los jóvenes de muchos países de nuestro entorno, es decir consumos intensos e intermitentes de alcohol.

Cerca de 200,000 defunciones al año pueden ser completamente o parcialmente atribuidas al beber. El alcoholismo puede matar de muchas maneras diferentes. En total, reduce la esperanza de vida por 10 a 12 años. Entre más temprano una persona empieza a beber gran cantidades de alcohol en gran medida, mayores serán sus perspectivas de desarrollar enfermedades graves más adelante.

Los siguientes son solo algunos de los trastornos causados por el, consumo crónico de alcohol:

- Cardiopatía. Aunque el consumo moderado del alcohol parece reducir el riesgo de los ataques cardíacos al mejorar los niveles de colesterol, dosis más grandes de alcohol pueden desencadenar latidos del corazón irregulares y aumentar la presión arterial hasta en personas sin una historia de cardiopatía. Un estudio principal encontró que personas que consumían más de tres bebidas alcohólicas al día tenían una presión arterial mayor que tolerable con los bebedores más empedernidos teniendo presiones arteriales aún mayor; las personas que tomaban se iban de borrachera en borrachera tenían presiones arteriales mayores que las personas que bebieron regularmente. Un estimado 11% de todos los casos de hipertensión son causados por una

ingesta alcohólica excesiva. El abuso crónico del alcohol también puede lesionar el músculo del corazón que conduce a la insuficiencia cardiaca; las mujeres son particularmente vulnerables a este trastorno.(6)

- El cáncer. El alcohol quizás no cause cáncer, pero probablemente puede realzar los efectos carcinogénicos de otras sustancias, como el humo de cigarrillos. Cerca de 75% de cánceres del esófago y 50% de cánceres de la boca, la garganta y la laringe se atribuyen al alcoholismo(7). El alcoholismo también se asocia con un mayor riesgo para los cánceres colorrectales.

  El tabaquismo combinado con el beber realza los riesgos para todos estos cánceres extraordinariamente. El riesgo para el cáncer hepático aumenta en los alcohólicos y hasta el beber moderadamente -tres a nueve bebidas a la semana- puede aumentar las perspectivas del desarrollo del cáncer de mama en las mujeres.

- Trastornos mentales y neurológicos. El uso habitual del alcohol deprime el sistema nervioso central, produciendo depresión clínica, confusión y, en los casos graves, psicosis y trastornos mentales. El alcohol también puede causar problemas neurológicos más leves, incluyendo insomnio y cefalea (dolores de cabeza) (especialmente después de beber vino rojo). Excepto en los casos graves, el daño neurológico no es permanente y la abstinencia casi siempre conduce a la recuperación de la función mental normal.

- Problemas gastrointestinales. El hígado en particular es puesto en peligro por el alcohol. Aquí, el alcohol se convierte en una sustancia aún más tóxica, acetaldehído, que puede causar daño sustancial, incluyendo cirrosis en 10% de personas con alcoholismo. El daño hepático es más común y se desarrolla más rápidamente en las mujeres que en los hombres con historias similares del abuso de alcohol. Dentro del tracto gastrointestinal, el alcohol puede contribuir a la causa de úlceras y de pancreatitis, una grave infección del páncreas. En una escala menor, puede causar diarrea y hemorroides.

- Trastornos de la piel, musculares y óseos. El alcoholismo severo se asocia con la osteoporosis, la emaciación de los músculos con hinchazones y dolor, las heridas de la piel y comezón. Además, parece que las mujeres dependientes del alcohol confrontan un mayor riesgo para el daño a los músculos, incluyendo músculos del corazón, por los efectos tóxicos del alcohol.

- Las infecciones. El alcohol suprime el sistema inmunitario y las personas con alcoholismo son propensas a las infecciones, en particular a la neumonía.

- Problemas sexuales. El alcoholismo aumenta los niveles de la hormona femenina estrógeno y reduce los niveles de la hormona masculina testosterona, factores que contribuyen a la impotencia en los hombres. (8)

- El tabaquismo. Un estudio reciente concluye que alcohólicos que fuman se enfrentan con un riesgo mayor del tabaco que del alcohol. El tabaquismo es 2 a 3 veces tan prevalente entre las personas que abusan sustancias que la población general; se cree que alcohólicos constituyen una cuarta parte de todos los fumadores. Más alcohólicos mueren de enfermedades relacionadas con el tabaco, como la cardiopatía o el cáncer, que de la enfermedad hepática crónica, la cirrosis, u otras enfermedades relacionadas con el beber excesivamente.

- La diabetes. El alcohol puede causar hipoglicemia, una disminución en el azúcar sanguíneo, que es especialmente peligrosa para las personas con diabetes que están tomando insulina.
- La malnutrición y el síndrome de Wernicke-Korsakoff. Además de reemplazar los alimentos, el alcohol también puede dificultar la absorción de las proteínas, las vitaminas y otros nutrientes. La malnutrición puede causar muchos problemas en las personas con alcoholismo, pero la carencia de la vitamina B tiamina es un riesgo específico. Puede dar lugar a una grave enfermedad, el síndrome de Wernicke-Korsakoff, el cual puede causar daño cerebral permanente y la muerte. En un estudio, 40% de las personas con este síndrome murieron durante el tratamiento del alcoholismo(9)(10). Los síntomas son el tambaleo severo, la confusión y la pérdida de la memoria. Otro problema nutricional grave

es la carencia de la vitamina B ácido fólico, la cual puede causar anemia severa.

- Síndrome de dificultad respiratoria agudo. El síndrome de dificultad respiratoria agudo es a veces una forma mortal de la insuficiencia del pulmón que puede ser causada por varias afecciones médicas (incluyendo la cirugía del baipás del corazón y del pulmón, una infección severa, el trauma, las transfusiones de sangre, la neumonía y otras infecciones del pulmón). Un estudio reciente indica que los pacientes de terapia intensiva con unos antecedentes del abuso de alcohol tienen un riesgo significativamente mayor para el desarrollo de ARDS durante la hospitalización.

- Interacciones de medicamentos. Los efectos de muchos medicamentos son fortalecidos por el alcohol, mientras que otros son inhibidos. De importancia especial es su efecto de refuerzo sobre los medicamentos que también deprimen el sistema nervioso central, incluyendo medicamentos de ansiolíticos, sedativos, antidepresivos y antipsicóticos. El alcohol interactúa con muchos medicamentos usados por diabéticos. Dificulta los medicamentos que previenen las crisis convulsivas y con aquellos usados para prevenir la coagulación de la sangre. Aumenta el riesgo para la hemorragia del tubo gastrointestinal en las personas que toman aspirina u otros medicamentos inflamatorios sin esteroides. En otras

palabras, tomando casi cualquier medicación debe excluir el beber alcohol.

- Embarazo y desarrollo infantil. Hasta las cantidades moderadas de alcohol pueden tener efectos dañinos sobre el feto en desarrollo, incluyendo bajo peso al nacer y un mayor riesgo para el aborto espontáneo. Las cantidades altas pueden causar síndrome alcohólico fetal, que puede dar lugar al daño cerebral y tanto al retardo mental como al del crecimiento. Un estudio reciente indica un riesgo significativamente mayor para la leucemia en los lactantes de mujeres que beben cualquier tipo de alcohol durante el embarazo.

- Problemas para las personas mayores. Conforme envejecen las personas el cuerpo metaboliza el alcohol de manera diferente. Toma menos bebidas para intoxicarse, y los órganos pueden ser dañados por cantidades más pequeñas de alcohol. En un estudio de personas con cirrosis alcohólica, la tasa de mortalidad para las personas mayores de 60 años de edad fue 50% comparado con sólo 7% para los jóvenes. Además, hasta una mitad de los 100 medicamentos más prescritos para las personas mayores reacciona negativamente con el alcohol. Los médicos pueden pasar por alto el alcoholismo al evaluar a los pacientes ancianos, atribuyendo equivocadamente los signos del abuso de

alcohol a los efectos normales del proceso de envejecimiento.

- Efectos psicológicos sobre los niños. Casi siete millones de niños viven en hogares con al menos un padre alcohólico. El alcoholismo aumenta el riesgo para el comportamiento y el abuso violentos. Los niños de padres alcohólicos tienden responder peor que otros académicamente, tener una incidencia mayor de depresión, ansiedad y estrés y tener un autoestima inferior que otros niños. Los hogares alcohólicos son menos cohesivos, tienen más conflictos y sus miembros son menos independientes y expresivos que en los hogares no alcohólicos o con padres alcohólicos en recuperación. Además del riesgo hereditario para el alcoholismo posterior, un estudio encontró que 41% de estos niños tenían graves problemas de hacer frente con las cosas y adaptarse; los efectos de un padre alcohólico sobre los niños pueden ser de toda la vida. Un estudio encontró que los niños que se diagnosticaron con depresión principal entre las edades de seis y 12 años tenían mayor probabilidad de tener a padres o parientes alcohólicos que los niños que no estaban deprimidos. Los niños con trastorno bipolar fueron tres veces más probables de tener una madre dependiente del alcohol, y los niños que sufrían de la depresión más probables de tener un padre que fue alcohólico. Hay unos 20 millones de niños adultos de padres alcohólicos, quienes, un estudio sugirió, están en mayor riesgo para dejar un

matrimonio y para los síntomas psiquiátricos. El estudio concluyó que los únicos sucesos con mayor repercusión psicológica en los niños son los abusos sexual y físico.

1.1.8. Alcoholismo en la juventud

En la actualidad asistimos a una creciente demanda de información sobre los patrones de consumo de alcohol en nuestra sociedad, por la problemática social y personal que plantea. Dentro de estos patrones adquieren una mayor importancia los asociados a las pautas de consumo de la adolescencia y juventud, que va aumentando, tanto en número de bebidas adquiridas, como en el de su graduación alcohólica.

La accesibilidad de los jóvenes a las bebidas alcohólicas es cada vez mayor, a pesar de las prohibiciones impuestas de su venta a menores. La edad media de inicio en el consumo de alcohol entre los escolares, es de 13.6 años, y la edad media de inicio de consumo semanal se sitúa en los 14.9 años, Un 80% de las muertes registradas entre adolescentes se deben a causas violentas y dentro de ellas las relacionadas con drogas o alcohol representan el 50%, existiendo un mayor porcentaje de suicidios en los adictos a estas sustancias.

La creencia más compartida entre los diferentes grupos de adolescentes y jóvenes, tiene que ver con la asociación, según su opinión, entre el consumo de alcohol y las "consecuencias positivas" que este proporciona. Entre estas destacan una

potenciación de la actividad psico-física (alegría, euforia, superación de la timidez y retraimiento, mejoría del estado de ánimo, etc.), posibilidad de diversión e integración dentro del grupo de amigos donde la mayoría consumen.

En la medida que el alcohol proporciona a los jóvenes una serie de efectos o consecuencias positivas, y el joven los interpreta como un beneficio, dichos efectos se convierten en motivos de consumo. La juventud, como regla general, no asocia el consumo de alcohol con los problemas que de él pueden derivarse, ellos esperan del alcohol cambios positivos globales (facilitador de expresividad emocional, desinhibidor y potenciador de las relaciones sociales, etc.), y a la vez no creen que dicha sustancia tenga consecuencias negativas, influyendo considerablemente en un mayor consumo durante el fin de semana, donde las relaciones interpersonales se intensifican. Por eso anticipar los "efectos positivos" y no las verdaderas consecuencias negativas, conlleva a que se produzca un mayor consumo social.

Esta consideración positiva hacia el alcohol, hace que se considere al mismo como una droga socialmente aceptada y de amplia difusión, lo que hace que los adolescentes, en un amplio porcentaje, no valoren el alcohol como una droga y no consideren su consumo como puerta de entrada hacia la adicción a otras drogas, sin embargo hay varios estudios que demuestran todo lo contrario y según los cuales es muy poco frecuente el uso de cocaína o heroína, sin haber consumido anteriormente tabaco, alcohol o cannabis.

En resumen, los motivos principales que el mundo adolescente o juvenil usa para explicar el consumo de bebidas alcohólicas son:

- Es un modo de "ponerse alegre", "alcanzar el punto".
- Forma de búsqueda de afiliación, con imitación de conductas, con consumo que a veces se impone desde el propio grupo de amigos en el que se participa.
- Presión social, a veces producida desde la publicidad.
- Desinhibición, superación de la vergüenza.
- El consumo actuaría como un modelo de imitación y expresividad de la edad adulta.

1.2. CIGARRILLO

1.2.1. Definición

El cigarrillo es uno de los formatos más populares en el consumo de tabaco. Un cigarrillo es tabaco seco picado recubierto por una hoja de tabaco o papel en forma de cilindro.

El cigarrillo se fabrica con la hoja de tabaco (*Nicotiana tabacum*), que antes de su cosecha se ha expuesto a una serie de sustancias saborizantes y humectantes. Luego se cura mediante el secado y se mezcla con una variedad de aditivos, y por último se tritura y se enrolla en un tubo de papel al cual con

frecuencia se le coloca un filtro de celulosa en uno de sus extremos para formar el cigarrillo.

Conviene saber que se han identificado más de 4,000 constituyentes químicos individuales en el cigarrillo, 2,500 de ellos provienen del tabaco no adulterado; los restantes representan aditivos, pesticidas y otras sustancias orgánicas y metálicas. Casi todas ellas son potencialmente tóxicas para el cuerpo humano, y éste se expone a través de la inhalación hacia el pulmón del humo producido por la combustión del tabaco quemado. De esta forma, cada vez que el fumador aspira el humo, sus pulmones entrarán en contacto con aproximadamente 10^9 a 10^{10} partículas por cada mililitro de aerosol; entre estas partículas se incluyen agentes irritantes, oxidantes y una gran variedad de toxinas y carcinógenos. Muchos de los constituyentes tóxicos del chorro principal del humo están en concentraciones que podrían ser rápidamente fatales si la exposición fuera ininterrumpida. Las razones que impiden que el humo tenga un efecto letal inmediato son la dilución en el aire del medio y la naturaleza intermitente de la inhalación. Por otra parte, la fracción del humo que el fumador retiene, varía de acuerdo con el patrón de inhalación, por este motivo quienes inhalan con más profundidad y sostienen la inhalación, pueden retener hasta 90% de los componentes del humo en su organismo (11).

1.2.2. Reseña histórica

Los primeros cigarrillos de papel manufacturados y empaquetados llegan a España en torno a 1825, en 1833 aparecen las primeras cajetillas y es cuando se le denomina cigarrillo o cigarrito que proviene de la palabra "cigarro" o "puro", llamado así por su similitud con una cigarra. Introducido por mercaderes procedentes de Brasil prosiguió su expansión por Portugal y más tarde a Europa. A mediados del siglo XVI se introdujo en Europa la costumbre de consumir hoja seca de tabaco, que en poco tiempo se transformo en un importante producto del comercio colonial.

En los años 80´s el cigarrillo era ilegal, pero luego de varios periodos de décadas fue legalizado y así las grandes empresas pudieron seguir con su trabajo normal.

La Guerra de Crimea sirvió para popularizar los cigarrillos entre las tropas francesas, imitando a los turcos que fumaban en pipa. En 1830 en España se extiende el consumo de cigarrillos, especialmente entre las mujeres y el "papel español para cigarritos" es conocido y apreciado en toda Europa, aromatizado con licor y estampado con vivos colores. Los cigarrillos han sido, desde entonces, de gran valor en las guerras y en las situaciones de crisis económicas. Durante la Segunda Guerra Mundial se llegaron a pagar 400 francos por un cigarrillo y, más recientemente, durante los días siguientes a las revueltas en Rumanía que derrocaron al régimen comunista, el cigarrillo se convirtió en moneda de cambio habitual.

El consumo de tabaco continuó aumentando en todo el mundo hasta el año 1973, momento en que empezó a observarse una disminución, aunque sigue siendo uno de los hábitos mas comunes de la sociedad actual, a pesar de los efectos nocivos que produce su consumo.

1.2.3. Tabaquismo

El tabaquismo es un fenómeno social de primera magnitud que se ha convertido en la primera causa de muerte y discapacidad en los países desarrollados. La elevada capacidad adictiva de la nicotina hace que el tabaquismo pueda considerarse como una autentica drogadicción y también como una enfermedad crónica.

En un informe reciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha publicado y reconocido que el tabaco es el responsable de al menos 25 grupos de enfermedades de alta relevancia para la salud pública (12). Las muertes en nuestro medio atribuidas al tabaco superan a las muertes sumadas producidas por el SIDA, los accidentes de tráfico, los accidentes laborales, la heroína o la cocaína juntos. Se estima que en la actualidad el tabaco produce más de 4 millones de muertos cada año y que durante el segundo cuarto de siglo XXI será responsable de 300 millones de muertos. Con estos estremecedores datos se puede afirmar que el tabaco es la

principal causa de muerte y discapacidad en el mundo occidental.

Por otro lado, la dependencia del tabaco reúne muchas de las características propias de las enfermedades crónicas incluyendo su evolución prolongada en el tiempo y sobre todo las frecuentes recaídas que con tanta frecuencia acontecen durante el proceso a pesar de conocer los catastróficos efectos para la salud y del deseo claro de abandono.

El reconocimiento del tabaquismo como enfermedad crónica y recurrente es una valiosa ayuda para la deshabituación de esta drogadicción.

1.2.4. Clasificación

Fumadores

Se Incluyen tanto los individuos que lo consumen de forma habitual como los que lo hacen de forma esporádica. No existe unanimidad acerca de a quienes debemos considerar fumadores leves, moderados o severos ni del límite exacto que separa el fumador habitual del esporádico. En los trabajos científicos suelen aparecer rangos de clasificación pero estos son variables y en todo caso arbitrarios, así, y a modo de ejemplo, un fumador de mas de 20 cigarrillos al día podría llamarse fumador severo, entre 10 y 20 moderado y menos de 10 leve(12).

Pero en este punto es necesario hacer algunas consideraciones:

No sólo debe tenerse en cuenta el número de cigarrillos ya que no todas las personal que lo consumen lo hacen de la misma manera pudiendo existir amplias variaciones en la profundidad de la inhalada, el tiempo de retención del humo en sus pulmones, el tipo de tabaco consumido, entre otros.

Ante el mismo nivel de exposición hay diferencias muy significativas en cuanto a la susceptibilidad de los diferentes sujetos para desarrollar las diferentes enfermedades relacionadas con el tabaco. Así, no puede equipararse el riesgo de fumar en una embarazada o en un enfermo crónico que en un sujeto sano.

El nivel de exposición al tabaco tiene un efecto acumulativo, por lo que aparte del consumo actual o puntual es de gran interés el consumo global a lo largo de toda la vida.

Dentro del grupo de los fumadores se encuentra la siguiente subclasificación:

A. ***Fumador negativo:*** Fuma en situaciones de crisis, usa el tabaco como relajante.

B. ***Fumador hedonista:*** Fuma de forma controlada, generalmente consume cigarrillo luego de las comidas y obtiene placer a través del humo del cigarrillo.

C. ***Fumador habitual o crónico:*** Fuma constantemente, en forma automática y en grandes cantidades. No es consciente de ello.

D. ***Fumador drogo-dependiente:*** Constantemente tiene deseos de fumar y se siente incómodo si le falta el cigarrillo, enciende un cigarrillo detrás de otro sin fumárselos completamente.

E. ***Fumadores complacientes:*** El fumador que lo hace para que los demás se sientan bien con él y lo acepten.

Exfumadores

Tampoco está bien establecido el tiempo necesario para considerar a una persona como exfumador. Lo más habitual es admitir el plazo de un año de abstinencia. Sí existe acuerdo unánime en que esta abstinencia debe ser absoluta y total no debiendo haber recaído ni siquiera con una calada durante ese tiempo.

No fumador

En este grupo se clasifican los sujetos que nunca han tenido una exposición al tabaco de forma activa ni mantenida.

Fumador pasivo

Es un grupo aparte que merece especial atención. Al consumir un cigarrillo se producen dos tipos de corrientes de humo: la primera (corriente principal) es aquella que, al aspirar una inhalada, pasa por el interior del cigarrillo hasta alcanzar los pulmones del fumador activo; la segunda (corriente secundaria) es la que se desprende al ambiente desde el extremo incandescente del cigarrillo y que puede ser inhalada por un sujeto pasivo que respira en ese entorno contaminado. La nocividad de esta corriente secundaria para el fumador pasivo actualmente está fuera de toda duda.

Algunos efectos del cigarrillo en los fumadores pasivos son: cáncer de pulmón, rinitis, conjuntivitis, faringitis, infecciones respiratorias, crisis asmática, mayor riesgo de aborto espontáneo, partos prematuros, disminución de la medidas del recién nacido en especial talla y peso, muerte en los primero años de vida del niño.

1.2.5. Causas de iniciación del consumo de cigarrillo

- **Imitación:** Referida a la curiosidad que despierta el hecho de ver en forma repetida como fuman los adultos, en especial los dos modelos más importantes que son padres y educadores.

Este aprendizaje en la mayoría de los casos finaliza en una dependencia tabáquica.

• **Amistades íntimas:** Juegan un papel decisivo entre los 10 y 14 años. Esta es la etapa de mayor necesidad de aceptación de adultos para expresar su autonomía e independencia y dejar atrás su niñez.

• **El primer cigarrillo:** Este supone una agradable o desagradable experiencia (náuseas, mareos, tos, etc.), a pesar de ello el hecho de fumar más de un cigarrillo e insistir en la repetición supone una alta probabilidad de dependencia.

• **Relación placer/displacer físico y psicosocial:** A pesar que el inicio de fumar resulte poco placentero físicamente, la satisfacción psicosocial es intensa.

1.2.6. El cigarrillo como Factor de Riesgo

El consumo de cigarrillo es un factor de riesgo para más de 20 grupos de enfermedades que afectan casi todo el organismo, es la primera causa de muerte evitable y anualmente provoca la muerte prematura de 5 millones de personas en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa un grave problema de salud pública, porque su inicio muchas veces ocurre en la adolescencia, lo cual genera morbimortalidad en la adultez. Según este organismo internacional, la prevalencia mundial en el 2000 entre hombres

y mujeres mayores de 14 años fue de 35.1 y 22% respectivamente (12).

El Consumo de cigarrillo es la principal causa prevenible de muerte en Estados Unidos (13). Se calcula que causa 440.000 o casi 1 de cada 5 muertes cada año (14). Esta cifra incluye 35.000 muertes por exposición al humo secundario. En los países en desarrollo, el Consumo de cigarrillo ha sido históricamente inferior, y por ello la mortalidad debida al hábito de fumar, en comparación con las naciones ya desarrolladas, es proporcionalmente más baja(15); sin embargo, su prevalencia ha aumentado en más del 70% en los últimos 25 años. De proseguir las tendencias actuales, habrá 7 millones de muerte al año por tabaquismo en los países de desarrollo en los dos o tres decenios próximos. Mientras que el consumo de cigarrillo producirá de dos a tres millones de defunciones de tabaquismo en el decenio en 2020-2030, y alrededor de un millón de éstas se deberán a cáncer pulmonar (15).

En Colombia (16), de acuerdo con los resultados de la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo **(ENFREC II)**, se ha observado un descenso progresivo en la prevalencia de tabaquismo en adultos en los últimos treinta años. En los setenta, aproximadamente el 35% de los adultos fumaba; en los ochenta esta cifra era cercana al 30%, y en los noventa se situó alrededor del 20%, como lo han demostrado las dos últimas encuestas nacionales: la realizada por la fundación Santa Fe en 1996, que mostró que había fumado en el último

año el 21.4% de las personas entre 12 y 60 años, y ENFREC II, realizada en el segundo semestre de 1998, que indicó que el 19.8% de las personas entre 18-69 años habían fumado 100 o más cigarrillos en su vida y fumaban al momento de la encuesta, y concluyó que la reducción del consumo de cigarrillos en Colombia se hace a expensas de un creciente número de jóvenes que no empiezan a fumar (16).

Según los especialistas, el tabaquismo no sólo es un claro factor de riesgo para todas las enfermedades cardiovasculares, en especial para la cardiopatía isquémica, sino que también es responsable directo del 85% de los casos de cáncer pulmonar y más del 80% de los casos de EPOC (15). El consumo de cigarrillo no sólo tiene efectos dañinos sobre los fumadores. Los no fumadores, o los fumadores pasivos, muchas veces se ven obligados a compartir espacios cerrados cargados de humo de tabaco. Los modernos sistemas de limpieza del aire son ineficaces frente a muchos componentes del ambiente contaminado por humo de tabaco (ACHT), ya que estos sistemas retiran eficazmente las partículas del aire pero no eliminan los gases. El riesgo de padecer cáncer de pulmón se incrementa entre 20 y 50% en los que conviven con personas que fuman, en comparación con los no expuestos al ACHT.

Una revisión sistemática de la prevalencia de factores de riesgo para tabaquismo en adolescentes en América del Sur, publicada en la Revista Panamericana de la Salud (19), mostró que el aumento de la prevalencia del tabaquismo entre

adolescentes estaba directamente asociado a la edad. Mediante este metanálisis se demostró que el Odds ratio para tabaquismo fue de 9.9 en los grupos de 14-16 años y de 28.7 en los de 17-19 años. Otro factor de riesgo para adolescentes, según este estudio, es la práctica del tabaquismo entre amigos y familiares, que demostró un OR de 2.4 en esta asociación, de 4.0 para adolescentes con dos amigos fumadores y de 17.5 para aquellos con tres o más amigos fumadores.

La asociación entre tabaquismo y nivel socioeconómico no mostró resultados consistentes, mientras que un nivel socioeconómico alto fue factor de riesgo para tabaquismo en el estudio de Ivanovic. Al contrario, un nivel socioeconómico bajo fue factor de riesgo para el hábito de fumar en el estudio de Muza en Costa Rica (19).

La escolaridad fue señalada por el estudio de Schio (19) como factor de riesgo para tabaquismo, y mostró un OR de 1.7 entre hábito de fumar y bajo rendimiento escolar.

Además, se encontró que la práctica de deportes y la religión fueron reportados como factores protectores en los adolescentes. Según un estudio realizado en Cuba (18), los fumadores eran principalmente hombres (61.2%) mientras que las mujeres se mostraron más dispuestas a abandonar el cigarrillo que los hombres.

1.2.7. Diagnostico

El test de Fagerström es el instrumento más útil, de los que se dispone en el momento actual, para medir el grado de dependencia física que los fumadores tienen por la nicotina. Se trata de un test de seis preguntas con respuestas múltiples. Dependiendo de la respuesta que cada fumador dé a cada una de las preguntas se obtiene una determinada puntuación. Al sumar los puntos ganados en cada una de las preguntas se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 10 puntos. Si el sujeto tiene entre 0 y 3 puntos se dice que su grado de dependencia es leve, si tiene entre 4 y 6 su grado es moderado y si tiene 7 o más su grado es intenso. Conviene recordar que, en ocasiones, no es necesario realizar la totalidad del test para conocer el grado de dependencia que el fumador tiene por la nicotina. Se sabe que basta con preguntar al paciente sobre el número de cigarrillos que consume al día, el tiempo que transcurre desde que se levanta hasta que consume el primer cigarrillo y cuál es el cigarrillo que más necesita consumir. Si las respuestas a estas preguntas son que consume 20 o más cigarrillos diarios, que consume el primer cigarrillo en la primera media hora después de levantarse y que es ese cigarrillo el que más necesita, el fumador debe ser diagnosticado de moderado intenso grado de dependencia por la nicotina.

El conocimiento de los resultados del test de Fagerström no sólo servirá para conocer el grado de dependencia que el fumador tiene por la nicotina sino que también pueden utilizarse con otros fines. Se ha demostrado que los fumadores

con más alta puntuación en el test necesitan tratamiento farmacológico para dejar de fumar e incluso se sabe que, dependiendo de cuál sea la puntuación, se debe recomendar uno u otro tipo de fármaco para el abandono. También se ha encontrado que existe relación entre la puntuación del test y el desarrollo de enfermedades asociadas al consumo del tabaco. Por ejemplo, se ha encontrado que los pacientes fumadores que desarrollan un cáncer de pulmón tienen más alto grado de dependencia física por la nicotina. Resultados similares se han encontrado para los pacientes que padecen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

En resumen, el conocimiento de la puntuación del test de Fagerström sirve para determinar el grado de dependencia, para indicar el mejor tipo de tratamiento farmacológico a realizar y para valorar el riesgo de desarrollar un determinado tipo de trastorno o enfermedad por parte de ese fumador.

Test de Fagerström de dependencia a la nicotina

- ¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente?
  < 11 - 0; 11-20 - 1; 21-30 - 2; 30 - 3
- Tiempo transcurrido desde que se levanta hasta que fuma
  < 5 minutos - 3; 6-30 - 2; 31-60 - 1; 60 - 0
- ¿Fuma más por las mañanas?
  Sí - 1; No - 0
- ¿Tiene dificultades para no fumar en lugares donde está prohibido?
  Sí - 1; No - 0
- ¿Fuma cuando está enfermo y ha estado en la cama?
  Sí - 1; No - 0
- ¿Qué cigarrillo le produce mayor satisfacción?
  El primero - 1; Cualquier otro del día – 0

1.2.8. Consecuencias

Los efectos del cigarrillo se reflejan en una serie de enfermedades entre las cuales se destacan las siguientes:

.- Cáncer de pulmón: El riesgo de desarrollar cáncer de pulmón es 5 a 20 veces mayor en los fumadores que entre quienes no fuman. De 80% a 85% de las muertes por cáncer de pulmón tienen como causa fumar cigarrillo, cifras que son muy significantes si se tiene en cuenta que el cáncer de pulmón es responsable de 25% de las muertes por cáncer en general, y de 5% de las muertes por todo tipo de causas.

.- Cáncer de laringe: Existe una fuerte asociación entre el cáncer de laringe y el consumo de cigarrillo; hasta 84% de los casos en hombres se pueden atribuir al hábito de fumar.

.- Cáncer de esófago: Entre 75% y 78% de los casos de cáncer de esófago se deben a fumar. Hay una clara relación entre la dosis de cigarrillo y la mortalidad relacionada con este tipo de cáncer.

.- Cáncer de vejiga: La proporción de casos de cáncer de vejiga que es consecuencia de fumar varía entre 40% y 60% para hombres y 25% a 35% para mujeres.

.- Otros tipos de cáncer: Se han relacionado con el hábito de fumar, aunque en menor proporción que los ya mencionados, los cánceres de boca, páncreas, estómago y cuello del útero.

.- Enfermedad coronaria: Hace referencia a la obstrucción de los vasos sanguíneos del corazón y se traduce en problemas serios como la angina de pecho o infartos del corazón. Se calcula que 30% a 40% de las muertes por enfermedad coronaria dependen de fumar cigarrillo, y así este hábito se convierte en el principal factor de riesgo modificable para esta enfermedad. Existe una franca relación entre la dosis (edad en que se empezó a fumar, número de cigarrillos al día, tiempo de exposición y profundidad de la inhalación) y el riesgo de muerte por esta enfermedad. Además, la exposición al cigarrillo aumenta los efectos nocivos que sobre la enfermedad ejercen otros factores como la diabetes y el exceso de colesterol sanguíneo.

.- Enfermedad cerebro-vascular: El fumador tiene el doble de posibilidades de presentar un accidente cerebro-vascular; este riesgo es mayor en el grupo de fumadores jóvenes. En las mujeres fumadoras que utilizan anticonceptivos orales la posibilidad de presentar cuadros trombo-embólicos (desprendimiento de coágulos sanguíneos hacia ciertos órganos vitales del cuerpo) y hemorragia subaracnoidea, aumenta hasta 20 veces.

.- Enfermedad oclusiva arterial periférica: Esta enfermedad consiste en la oclusión progresiva de un vaso sanguíneo, con mayor frecuencia en las piernas, y puede llevar a la suspensión del flujo circulatorio a esa zona y la pérdida de la extremidad. Fumar cigarrillo es el principal factor que predispone a esta dolencia. Si el paciente tiene además diabetes, la oclusión del

vaso se puede presentar mucho más temprano y ser más severa.

.- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): La EPOC se manifiesta en dos formas principales: La BRONQUITIS CRÓNICA que produce tos y expectoración en forma persistente, y el ENFISEMA PULMONAR, que genera destrucción del pulmón y dificultad respiratoria en forma progresiva. Se podría aseverar que en la práctica la EPOC es patrimonio de los fumadores, tanto en la forma de bronquitis crónica como en la de enfisema pulmonar. En el gran fumador la posibilidad de EPOC es 30 veces mayor que en el no fumador. Entre 80% y 90% de las muertes por EPOC se presentan por causa de fumar. Adicionalmente, fumar acelera el deterioro de la función de los pulmones, con aumento en la frecuencia de síntomas como tos, expectoración, dificultad respiratoria y sibilancias. Además, se incrementa el número de personas que presentan enfermedades respiratorias agudas.

.- Ulcera péptica: Existe mayor riesgo de desarrollarla en el fumador, también se retarda la curación y se aumenta la posibilidad de recaídas de la enfermedad.

.- Efectos sobre el embarazo: Hay una clara relación entre fumar cigarrillo y hechos como retardo del crecimiento intrauterino, aborto espontáneo, prematurez, muerte fetal y neonatal, alteraciones en el desarrollo físico y mental del infante y muerte súbita en la infancia. Además, hay una relación entre la cantidad de cigarrillo fumado y la posibilidad

de la presencia de desprendimiento de la placenta y ruptura prematura prolongada de membranas.

1.2.9. Tabaquismo en jóvenes

Estudios realizados en Colombia nos dan una idea del uso del tabaco y sus derivados entre los jóvenes colombianos. Un estudio realizado entre estudiantes del 10o grado en Bogotá encontró que un 77% de los estudiantes había fumado al menos una vez en su vida. Asimismo, un 60% de los estudiantes reportó haber fumado en los 30 días antes del estudio. De mayor interés es el hecho de que una tercera parte (33%) de los casi 2.000 estudiantes que participaron en el estudio dijo haber comenzado a fumar entre los 9 y los 13 años de edad(20).

Un estudio nacional, liderado por el programa presidencial «Rumbos», entre jóvenes de 10 a 24 años encontró que los hombres utilizaban el cigarrillo más que las mujeres. Estos resultados son similares a los encontrados en otros países latinoamericanos.

2. OBJETIVOS

2.1OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en estudiantes de medicina de la universidad CES, con el fin de servir de base para evaluar su magnitud y así orientar la toma de decisiones sobre programas preventivos.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar factores de riesgo para el consumo de alcohol y cigarrillo.
- Describir las características sociodemográficas de la población universitaria.
- Identificar la asociación entre el consumo de alcohol y el consumo de cigarrillo.
- Estimar la incidencia y prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo en los estudiantes.

3. METODOLOGIA

3.1 Definición del método

El presente estudio se clasifica como un estudio observacional, con una etapa descriptiva; donde se realiza el calculo de la incidencia y prevalencia del consumo de alcohol y cigarrillo y otra de prevalencia analítica; donde se exploran asociaciones sobre posibles factores de riesgo.

3.2 Población y muestra

La población estuvo constituida por los estudiantes matriculados en la universidad del CES, en el programa de medicina en el segundo semestre del año 2008.

No se calculo tamaño de muestra porque se incluyó la población total.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

3.3.1 Criterios de inclusión

Estar matriculado en el programa de medicina de la Universidad CES.

3.3.2 Criterios de exclusión

Estudiantes que se negaron a diligenciar la encuesta.

3.4 Instrumento de recolección

Se diseño un instrumento en el sistema Teleform donde se incluyeron todas las variables a estudiar. (Ver anexo)

3.5 Procesamiento de la información

A partir de la información registrada en los instrumentos se generó una base de datos en el programa estadístico SPSS y el análisis de los mismos se realizó en el mismo software.

3.6 Variables

Nombre	Indicador o definición operacional	Escala de Medición y naturaleza variable	Código
Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa Razón	##
Sexo	Género del estudiante	Cualitativa Nominal	1= Masculino 2= Femenino
Conformación de la familia	Integrantes de la familia	Cualitativa Nominal	1: Madre 2: Padre 3: Ambos padres 4: Madre y su pareja 5: Padre y su pareja 6: Uno o mas hermanos biológicos 7: Uno o mas hermanastros 8: Uno o mas abuelos 9: Otros familiares 10: Otros no familiares
Convivencia en la familia	Personas con las que vive	Cualitativa Nominal	1: Solo 2: Amigos 3: Pareja 4: Otros familiares 5: Residencias 6: Otro
Cohesión familiar	Escala validada		
Maltrato	Escala validada		
Red de apoyo	Escala validada		
Área académica (DUSI)	Escala validada		
Comportamiento prosocial	Escala validada		
Relaciones interpersonales	Escala validada		
DUSI alcohol	Escala validada		
Escala de eventos vitales	Escala validada		
Estrés académico	Escala validada		
Estilos de vida saludables	Escala validada		
VESPA	Escala validada		

3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

Se calculó la prevalencia anual de consumo, el exconsumo y el no consumo para las tres sustancias investigadas. Además se clasifico la dependencia al alcohol y las drogas mediante la escala DUSI.

En general, para las variables cualitativas se presentan tablas de frecuencia y proporciones. Para las variables cuantitativas se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión.

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La labor del medico siempre ha sido y deberá seguir siendo el velar por la salud y bienestar de sus pacientes. Todas sus acciones incluida la investigación debe respetar, los principios éticos como son: justicia, benevolencia y autonomía.

Teniendo en cuenta esto, dado que nuestra investigación no implica ninguna intervención biológica o modificación de variables biológicas, psicológicas, fisiológicas o sociales de los encuestados, se considera que es un estudio con implicaciones éticas menores y de bajo riesgo, de acuerdo al articulo 11 de la resolución 008430 de 1993 emitida por el Ministerio de Salud de la Republica de Colombia.

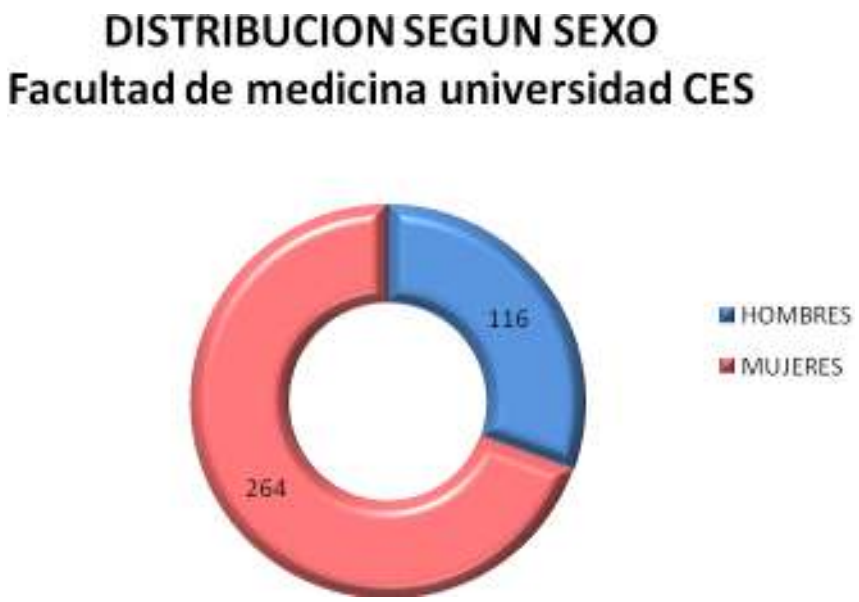
Además se ofrece a los encuestados total privacidad, por ningún motivo se revelara la identidad de ellos.

5. RESULTADOS

5.1 Factores socio demográficos

De los 402 estudiantes encuestados el rango de edad fue entre 16 a 30 años, con una media de 20,64 (Desviación estándar: 2,6), de estos 116 fueron hombres y 264 fueron mujeres. El promedio de edad en hombres fue de 20,77 años y en las mujeres fue de 20,58 años.

En total fueron 383 encuestas validadas y 19 no validadas



5.2 RESULTADOS ALCOHOL

En la tabla 1 se muestra la prevalencia del consumo de alcohol en la población estudiada. Prevalencia anual se define como haber consumido alcohol en el último año, (ultimo día, ultima semana, ultimo mes o ultimo año), exconsumo haber consumido alcohol hace mas de 1 año, y No consumo no haberlo consumido hace mas de 2 años o no haberlo consumido nunca.

Tabla 1 Prevalencia del consumo de alcohol

BEBIDAS ACOHÓLICAS			
Indicador	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Porcentaje acumulativo**
Prevalencia anual	340	84,6	85,9
Exconsumo	18	4,5	90,4
No consumo	38	9,5	100,0
Total	396	98,5	
Anuladas	6	1,5	
Total	402	100,0	

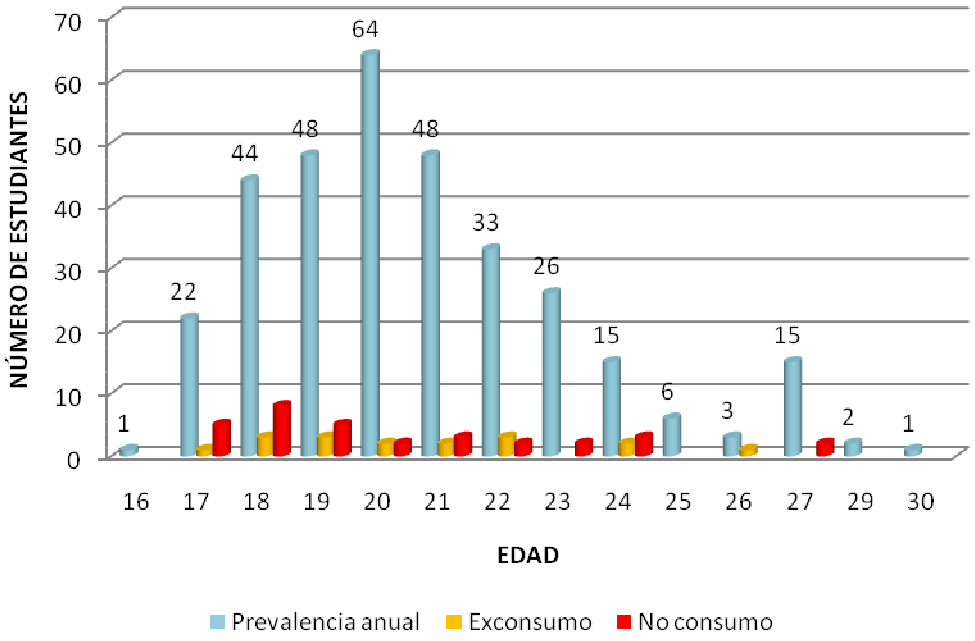
En la tabla 2, se presenta la prevalencia del consumo de alcohol según el sexo.

Tabla 2 indicadores de prevalencia del consumo de alcohol según sexo

		Prevalencia anual	Exconsumo	No consumo	Total
Hombre	**Estudiantes**	105	2	9	116
	% según sexo	90,5%	1,7%	7,8%	100,0
Mujer	**Estudiantes**	221	15	24	260
	% según sexo	85,0%	5,8%	9,2%	100,0
Total	**Estudiantes**	326	17	33	376
	% según sexo	86,7%	4,5%	8,8%	100,0

En la grafica 1 se presenta la prevalencia del consumo de alcohol según las edades.

Gráfico 1 Prevalencia del consumo de alcohol según la edad



En la tabla 3, se muestra la severidad del consumo de alcohol en toda la población estudiada, teniendo en cuenta la siguiente clasificación:

Normal: ninguna o solo 1 respuesta positiva en la escala DUSI modificado.

A riesgo: 2 respuestas positivas en la escala DUSI modificado.

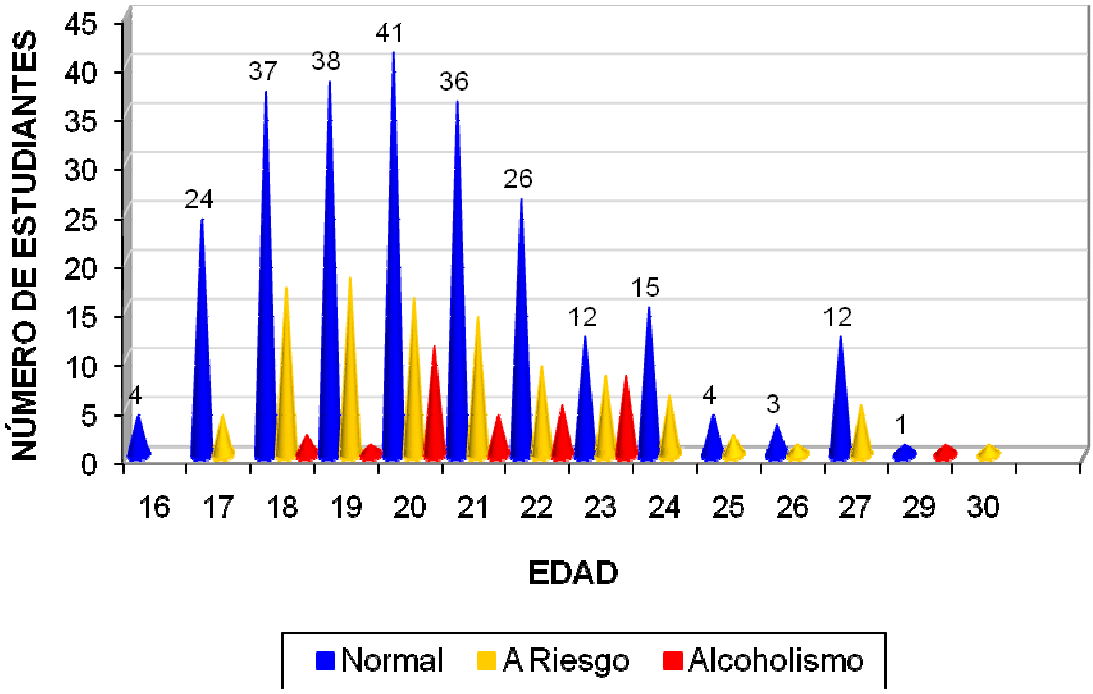
Alcoholismo: 3 o más respuestas positivas en la escala DUSI modificado

Tabla 3 Severidad del consumo de alcohol

DUSI ALCOHOL			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Normal	262	65,2	65,2
A riesgo	107	26,6	91,8
Alcoholismo	33	8,2	100
Total	402	100	

En el gráfico 2, se muestra la severidad del consumo de alcohol por edad.

Gráfico 2 Severidad del consumo de alcohol según la edad



En la tabla 4, se presenta la severidad del consumo de alcohol de acuerdo al género.

Tabla 4 Severidad del consumo de alcohol según el sexo

DUSI ALCOHOL POR SEXO					
		Normal	A riesgo	Alcoholismo	Total
Hombre	Estudiantes	61	39	17	117
	%	52.1%	33.3%	14.5%	30,6%
Mujer	Estudiantes	189	62	14	265
	%	71.3%	23.3%	5.2%	69,4%

5.3 FACTORES DE RIESGO O PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL

5.3.1 Convivencia con los padres

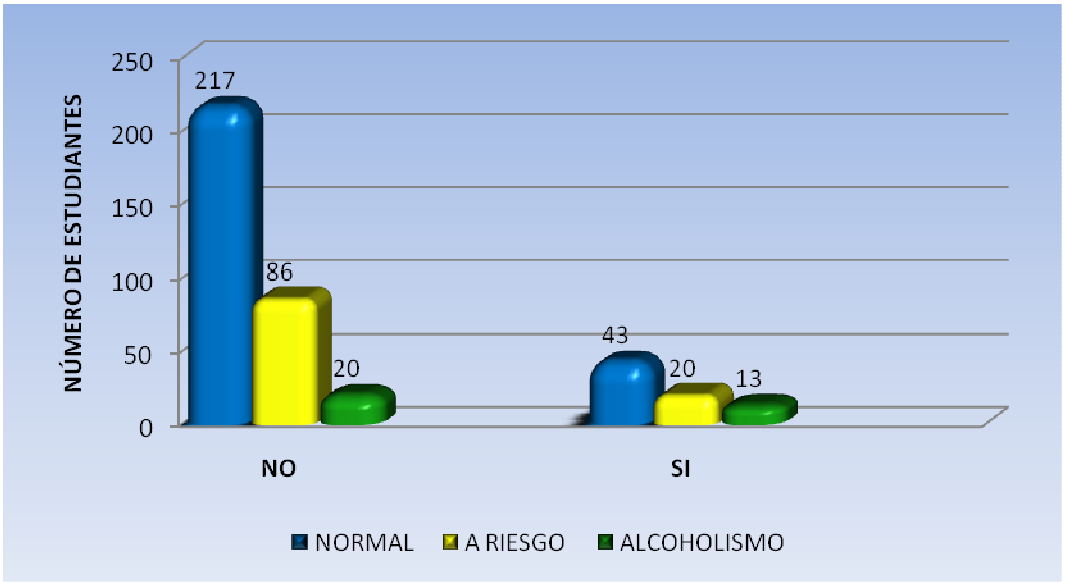
Se encontró que hay un total de 296 estudiantes que viven con sus padres, de estos 23 casos que corresponden al 7.8% sufren de alcoholismo, comparado con un total de 106 estudiantes que no viven con sus padres, de los cuales el 9.4% sufre de esta enfermedad.

5.3.2 Maltrato físico por parte de la familia

Llama aun mas la atención de las cifras de alcoholismo relacionadas con el maltrato físico por parte de la familia, ya que se encontró en las personas que recibían algún tipo de maltrato 6 casos de alcoholismo, correspondientes al 26.08%, contrastado con 27 casos hallados en la población que no recibió ningún tipo de maltrato físico, correspondiente al 7.2%. Con base en lo anterior se calculo la razón de disparidad (OR) dando como resultado 4.51 IC 95% de 1.93 a 10.52, lo cual es un indicador de una fuerte asociación entre problemas alcoholismo y maltrato físico

A continuación se ilustrara la tabla que muestra maltrato verbal por parte de la familia la cual refleja la mayor prevalencia de alcoholismo.

Gráfico 3 Consumo de alcohol asociado al maltrato verbal por parte de la familia



La prevalencia de alcoholismo en la grafica anterior es de 17% en las personas que recibieron maltrato verbal, comparado con el 6,25% de las que no recibieron ningún tipo de maltrato verbal.

Concordante con el resultado anterior, la OR fue de 3.13 con IC 95% de 1.67 a 5.86.

5.3.3 Abuso sexual por parte de la familia

Se presento 1 caso de alcoholismo en los pacientes que recibieron abuso sexual por parte de la familia, correspondiente al 25%. En los pacientes que no recibieron ningún tipo de maltrato físico por parte de la familia se presentaron 32 casos de alcoholismo lo que corresponde al 8.2%. en los casos de abuso sexual por parte de otra

persona diferente a la familia, se presento una prevalencia de alcoholismo de 8.4% en los que no tuvieron abuso.

Al calcular la OR da 3.72 con IC de 95% entre 0.54 y 25.4 lo cual puede explicarse por la baja frecuencia del evento estudiado como factor de riesgo.

Tabla 5 Consumo de alcohol asociado con abuso sexual

		Normal	A riesgo	Alcoholismo	Total
Si	**Estudiantes**	1		1	2
	%	50%		50%	0,5%
No	**Estudiantes**	261	106	32	399
	%	65,4%	26,5%	8,1%	99,5%

5.3.4 Abuso físico

Tabla 6 Consumo de alcohol asociado a abuso físico

		Normal	A riesgo	Alcoholismo	Total
Si	**Estudiantes**	4	1	4	9
	%	44,4%%	11,1%	44,4%	2,2%
No	**Estudiantes**	258	105	29	392
	%	65,8%	26,7%	7,3%	97,8%

Se encontró una prevalencia alta de alcoholismo 44.4% en los estudiantes que recibieron abuso físico, comparado con una prevalencia de 7.3% en los que no fueron víctimas de abuso, lo cual es concordante con el resultado de la variable estudiada como maltrato físico

5.3.5 Estrés académico

Se evaluaron diferentes actividades causantes de estrés, a las cuales se les dio un puntaje de 1 a 10 puntos, siendo 1 el menor estrés causado por esta y 10 el máximo estrés.

5.3.6 Estrés por presentaciones orales

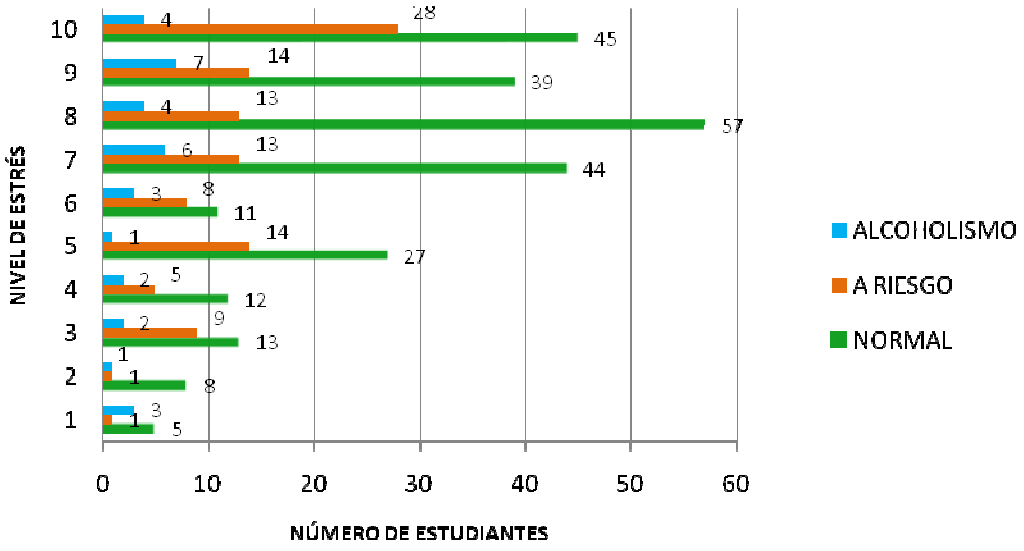
En un total de 400 encuestas validadas, 104 personas que corresponden al 26% de la población estudiada, siendo este el mayor grupo, clasifican las presentaciones orales con un nivel de estrés de 10/10, en este grupo se encuentra el mayor numero de casos de alcoholismo con 7 en total que corresponden al 6.7%

5.3.7 Estrés por supervisión del docente

Un total de 399 encuestas validadas, 58 personas (que corresponden al mayor grupo), clasifican la supervisión del docente con un nivel de estrés de 8/10, igualmente en este grupo se encuentra el mayor numero de casos de alcoholismo con un total de 7 personas que corresponde 12.0% de este grupo.

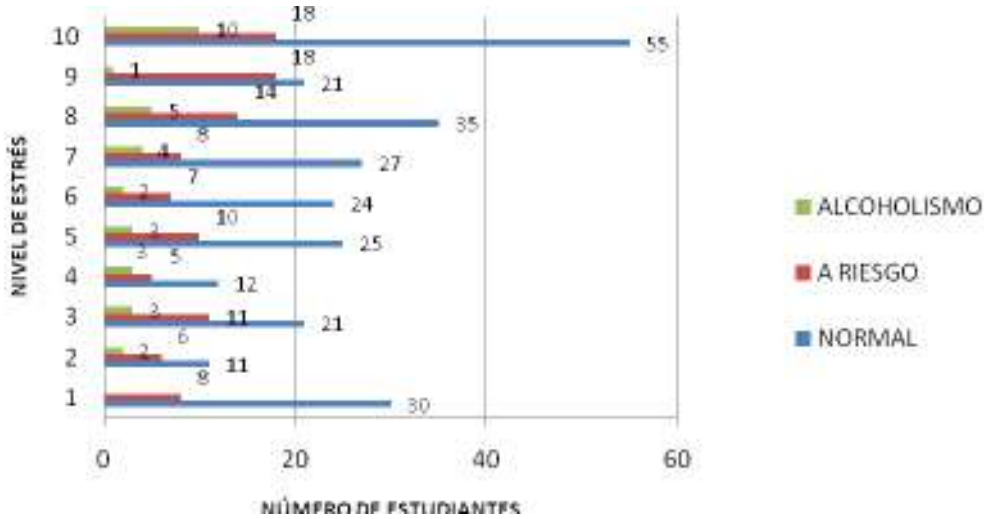
5.3.8Estrés por presentaciones escritas

Gráfico 4 Consumo de alcohol asociado al estrés por presentaciones escritas



5.3.9 Estrés por expectativas sobre su futuro

Gráfico 5 Consumo de alcohol asociado al estrés por las expectativas sobre el futuro



5.3.10 Estrés por complejidad de materias

De 400 encuestas realizadas, 67 estudiantes que corresponde al 16,8% del total de la población, clasifican la complejidad de materias con un nivel de estrés de 8/10, igualmente en este grupo se encuentra el mayor numero de alcoholismo con un total de 8 casos correspondiente al 11.9%.

5.3.11 Estrés por competitividad entre compañeros

De 401 encuestados, 127 estudiantes que corresponden al 31,7% del total de la población, clasificaron la competitividad entre compañeros con nivel de estrés de 1/10. En este grupo se encontró el mayor índice de alcoholismo con un total de 13 casos que corresponde al 10.2%.

5.3.12 Estrés por volumen de estudio:

Gráfico 6 Consumo de alcohol asociado al estrés por volumen de estudio.

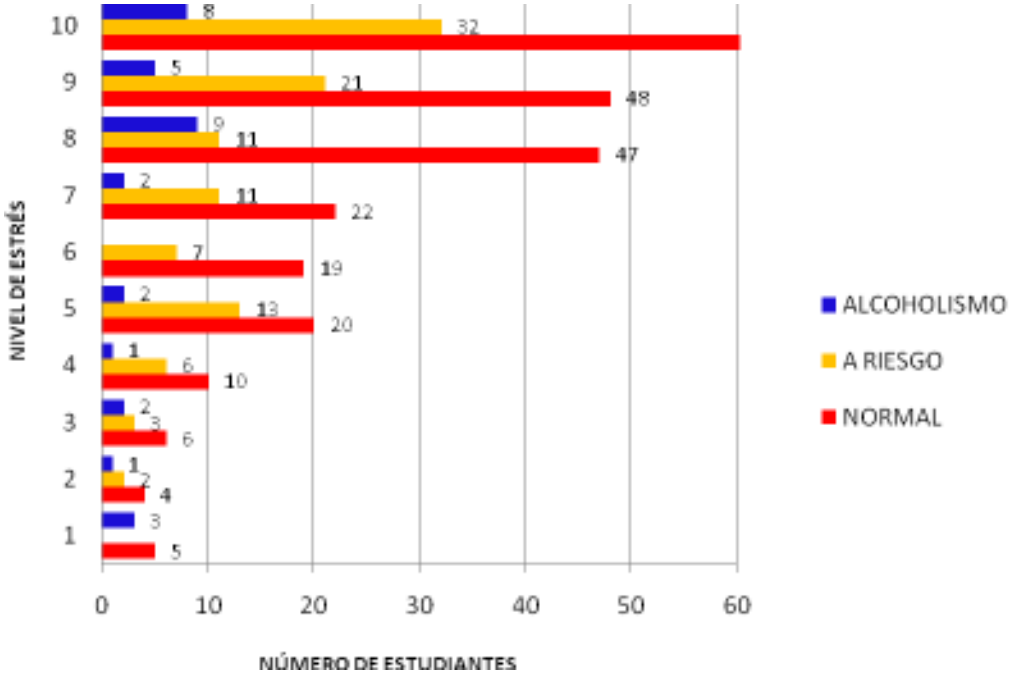
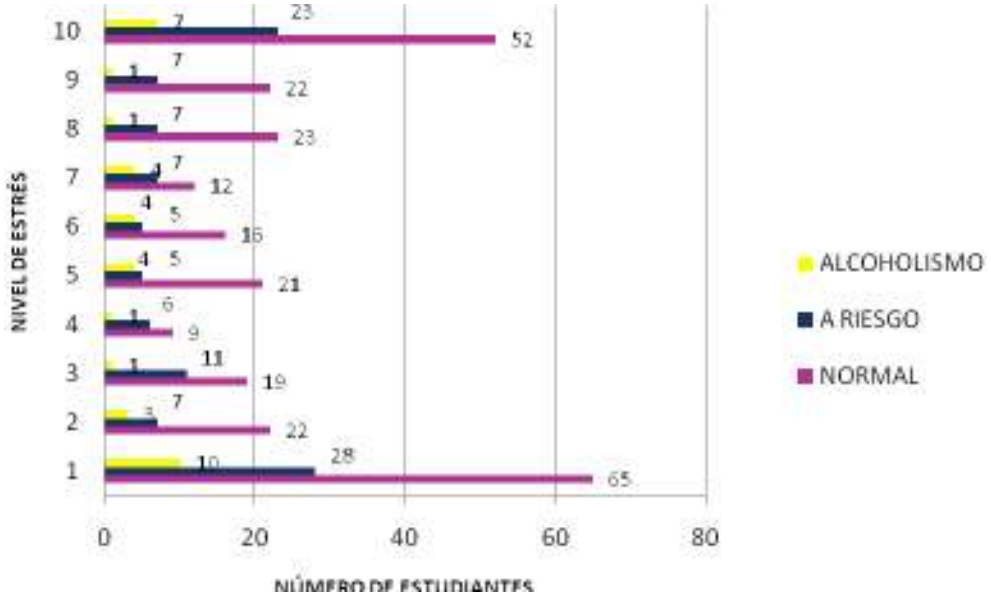


Gráfico 7 Consumo de alcohol asociado al estrés ocasionado por las decisiones tomadas por el comité de promoción



En resumen, de los estresantes académicos los que muestran mayor asociación con la presentación de alcoholismo son, en su orden: alto volumen de estudio con 13.4%, expectativas sobre el futuro y supervisión del docente con 12% cada uno y por ultimo complejidad de materias con 11.9%. El estresante con menor prevalencia de alcoholismo fue presentaciones orales con 6.7%

5.3.13 OTROS FACTORES DE RIESGO

A continuación se presentan otros factores de riesgo en los cuales se evalúa la asociación con alcoholismo, según la definición del estudio.

Tabla 7 Prevalencia de alcoholismo según factores estresantes.

Se puede resaltar que los factores de riesgo mas asociados con prevalencia de alcoholismo son: enfermedad seria o accidente con un 15%, seguido de; conflicto con un miembro de la familia con un 12.3% y por ultimo rompimiento con novio(a) con un 11%. Contrariamente la prevalencia mas baja de alcoholismo se encontró en el caso de separación de los padres con el 5.2%.

Pero como puede observarse en la grafica al evaluar la fuerza de asociación los factores con mas alta OR, se: comportaron en su orden: conflicto familiar con una OR de 2.25 y con diferencia estadísticamente significante valor de P=0.02; haber padecido una enfermedad seria o presentado un accidente con una OR de 2.18 valor de P 0.019, luego rompimiento con novio (a) con una OR de 1.91 y un valor de P 0.05.

Como puede obserservarse los otros factores estresantes presentaron una OR mayor de 1 pero no son estadísticamente significantes.

5.4 RESULTADOS CONSUMO DE ALCOHOL HASTA LA EMBRIAGUEZ

En la tabla 8, se muestra la prevalencia del consumo de alcohol hasta la embriaguez en toda la población estudiada.

Tabla 8 Prevalencia consumo de alcohol hasta la embriaguez

Bebidas alcohólicas hasta embriaguez			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Prevalencia anual	179	44,5	46,0
Ex consumo	74	18,4	65,0
No consumo	136	33,8	100,0
Total	389	96,8	
Anuladas	13		
Total	402		

En la tabla 9, se presenta la prevalencia del consumo de alcohol hasta la embriaguez según el sexo

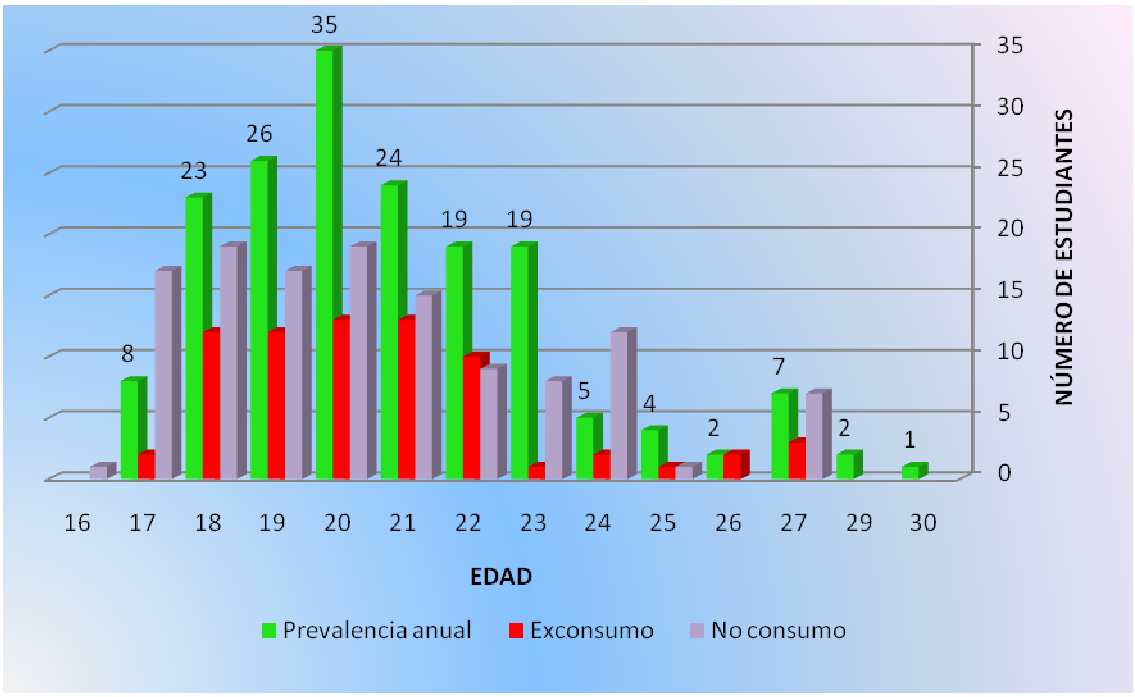
Tabla 9 Prevalencia de consumo de alcohol hasta la embriaguez según el sexo

		Prevalencia anual	Ex Consumo	No consumo	Total
Hombre	Estudiantes	73	15	25	113
	% según Sexo	64,6%	13,2%	22,1%	100,0%
Mujer	Estudiantes	100	56	101	257
	% según Sexo	38,9%	21,8%	39,3%	100,0%

Como puede observarse en la tabla 8 la frecuencia de consumo de alcohol hasta la embriaguez, se presenta en el 64.6% de los estudiantes de sexo masculino versus 38.9% en los de sexo femenino

El gráfico 8, ilustra la prevalencia del consumo de alcohol hasta la embriaguez según la edad, siendo los 20 años la edad con mayor prevalencia anual.

Gráfico 8 Prevalencia consumo de alcohol hasta la embriaguez según la edad



5.5 FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL HASTA LA EMBRIAGUEZ

5.5.1 Convivencia con los padres

de un total de 389 encuestas validadas, se encontró que 285 personas viven con sus padres, correspondiente al 73.3%, y 104 encuestados no habitan con ellos, que corresponden a 26.7%. De las personas que viven con sus padres, 133 casos tienen una prevalencia anual para el consumo de alcohol hasta la embriaguez que corresponde al 46.7%, comparado con los 46 casos hallados en las personas que no residen con sus padres, con un porcentaje

correspondiente al 44.2% como dato mas significativo. Del grupo de personas que no se aloja junto con sus padres se encontró que la causa mas común de esto es por separación o divorcio con un total de 55 casos de 104 en total con un porcentaje correspondiente al 52,9%, y en este grupo como dato significativo primo el no consumo con un total de 18 casos correspondiente al 32.7% para este subgrupo.

5.5.2 Maltrato físico por parte de la familia

De un total de 382 encuesta validadas, se encontró que la gran mayoría no ha sufrido maltrato físico por parte de la familia, con un total de 359 casos correspondientes al 94%, y solo 23 casos han recibido algún tipo de maltrato físico por parte de la familia, que corresponde al 6%. Como dato significativo se hallo en el grupo que no ha recibido maltrato físico 161 casos con prevalencia anual de consumo de alcohol hasta la embriaguez, correspondiente al 44.8%. En la población que si recibió maltrato físico por parte de la familia se visualizo prevalencia anual de consumo de alcohol hasta la embriaguez con 15 casos de 23 en total que corresponden al 65.2%; lo cual es concordante con análisis anteriores mostrando un exceso de riesgo para los jóvenes que fueron maltratados con una diferencia de proporciones de 21.2% y un valor de p de 0.05

En la tabla 10, se presenta la prevalencia del consumo de alcohol hasta la embriaguez cuando se relaciona con el maltrato verbal por parte de la familia.

Tabla 10 Consumo de alcohol hasta la embriaguez asociado al maltrato verbal por parte de la familia

		Prevalencia anual	Exconsumo	No consumo	Total
No	Estudiantes	142	59	111	312
	% No maltrato	45,5%	18,9%	35,6%	100,0%
Si	Estudiantes	36	15	23	74
	% Si maltrato	48,6%	20,3%	31,1%	100,0%

En la tabla 11, se muestra la relación existente entre el consumo de alcohol hasta la embriaguez asociado al maltrato físico por parte de otra persona diferente al grupo familiar.

Tabla 11 Consumo de alcohol hasta la embriaguez asociado al maltrato físico por parte de otro

		Prevalencia anual	Ex consumo	No consumo	Total
No	Estudiantes	163	70	128	361
	% No maltrato	45,1%	19,3%	35,4%	100,0%
Si	Estudiantes	13	2	6	21
	% Si maltrato	61,9%	9,5%	28,5%	100,0%

Como puede verse en la tabla 10 la prevalencia de consumo de alcohol hasta la embriaguez más alta con 61.9%en los que han sufrido maltrato físico por parte de personas diferentes a la

familia al compararla con los que no han informado este tipo de maltrato con 45.1%.

5.5.3 Abuso sexual por parte de otra persona (diferente a la familia)

De un total de 380 encuestas validadas se encontró que el mayor numero de estudiantes no ha recibido ningún tipo de abuso sexual por parte de alguna persona, con un total de 376 casos correspondientes al 98,9% del total, por otra parte tan solo 4 encuestados refieren abuso sexual por parte de alguna persona, lo cual corresponde al 1.1%. En los que no fueron victimas de abuso sexual se encontró una prevalencia anual de consumo de alcohol hasta la embriaguez en un total de 174 casos, correspondiente al 46,3% para este grupo. De las personas que reportaron algún tipo de abuso sexual, tan solo 1 caso fue hallado de prevalencia anual de consumo de alcohol hasta la embriaguez, lo cual corresponde al 25% para este subgrupo.

5.6 RESULTADOS CIGARRILLO

En la tabla 12, se muestra la prevalencia del consumo de cigarrillo en toda la población estudiada.

Tabla 12 Prevalencia consumo de cigarrillo

CIGARRILLO			
	Frecuencia	**Porcentaje**	**Porcentaje acumulativo**
Prevalencia anual	111	27,6	27,8
Exconsumo	63	15,7	43,6
No consumo	225	56,0	100,0
Total	399	99,3	
Anuladas	3	0,7	
Total	402	100,0	

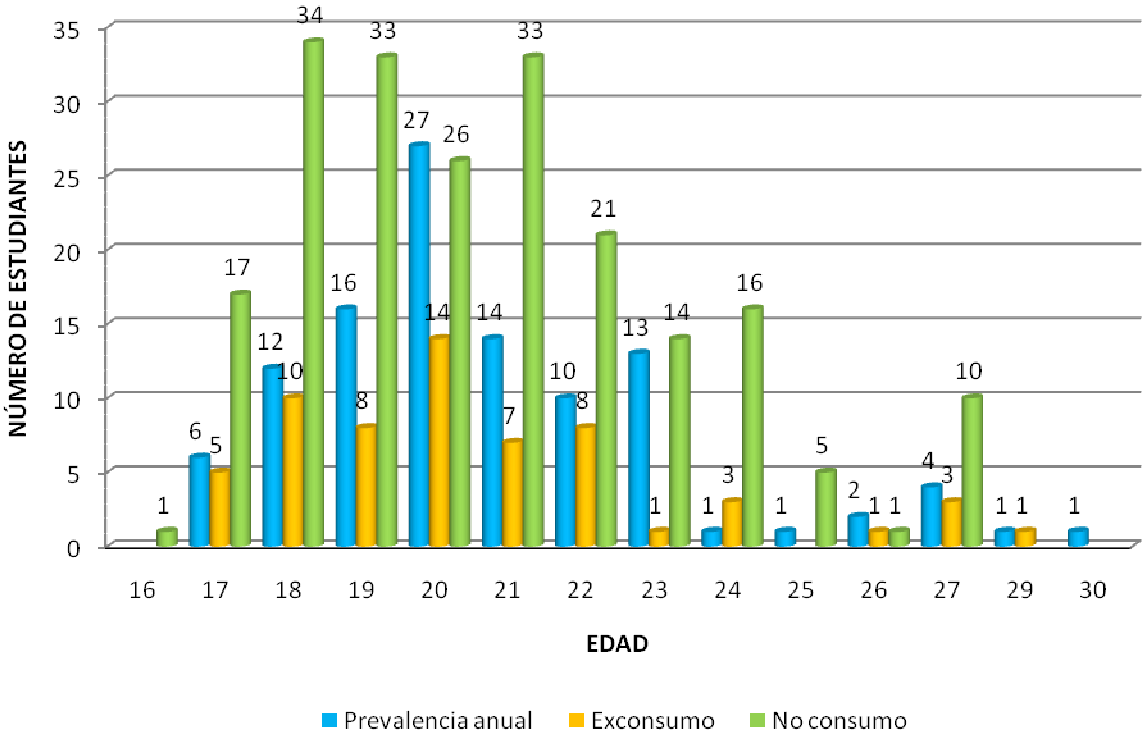
En la tabla 13, se muestra la prevalencia del consumo de cigarrillo según el sexo de la población estudiada.

Tabla 13 Prevalencia consumo de cigarrillo según el sexo

		Prevalencia anual	Ex consumo	No consumo	Total
Hombre	**Estudiantes**	40	21	55	116
	% con Sexo	34,4%	18,1%	47,4%	100,0%
Mujer	**Estudiantes**	67	40	156	263
	% con Sexo	25,4%	15,2%	59,3%	100,0%

En la gráfica 13, se presenta la prevalencia del consumo de cigarrillo según las edades de los estudiantes de medicina de la universidad CES.

Gráfico 9 Consumo de cigarrillo según la edad



5.7 FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE CIGARRILLO

5.7.1 Convivencia con los padres

La prevalencia anual de consumo de cigarrillo es de 82 casos (27.8%) en las personas que conviven con el núcleo familiar, contra 29 casos hallados (27.9%) en las personas que no residen en el mismo lugar de sus padres.

5.7.2 Maltrato verbal por parte de la familia:

Tabla 14 Prevalencia del consumo de cigarrillo asociado al maltrato verbal por parte de la familia

		Prevalencia anual	Ex consumo	No consumo	Total
No	Estudiantes	85	47	189	321
	% No maltrato	26,4%	14,6%	58,8%	100,0 %
Si	Estudiantes	25	16	34	75
	% Si maltrato	33,3%	21,3%	45,3%	100,0 %

Como puede verse en la tabla anterior se observa una prevalencia mayor de 33.3% en los estudiantes que recibieron maltrato verbal, comparado con un 26.4% en los que no fueron víctimas de maltrato verbal por parte de la familia.

5.7.3 Maltrato verbal por parte de una persona diferente a un miembro de la familia:

De un total de 396 encuesta validadas, se encontró que la gran mayoría no ha sufrido maltrato verbal por parte de un miembro ajeno a la familia, con un total de 311 casos correspondientes al 78.5%, y por su parte 85 casos han recibido algún tipo de maltrato verbal por parte de una persona diferente a la familia, que corresponde al 21.5%.

La prevalencia anual para consumo de cigarrillo, con un porcentaje de 27.7% para los no maltratados es muy similar a los que si lo recibieron.

5.7.4 Maltrato físico por parte una persona diferente a un miembro de la familia:

Prevalencia anual para consumo de cigarrillo con un porcentaje de 27.8% para los que no fueron víctimas de este tipo de maltrato comparado con 33.3% en los que si recibieron este tipo de maltrato

En la tabla 15, se muestra la prevalencia del consumo de cigarrillo asociado al maltrato físico por parte de la familia

Tabla 15 Consumo de cigarrillo asociado al maltrato físico por parte de la familia

		Prevalencia anual	Ex consumo	No consumo	Total
No	**Estudiantes**	101	56	213	370
	% No maltrato	27,3%	15,1%	57,6%	100,0%
Si	**Estudiantes**	9	4	9	22
	% Si maltrato	40,9%	18,2%	40,9%	100,0%

Se reporto una prevalencia de 40.9% en los estudiantes que fueron víctimas de maltrato físico por parte de la familia, comparado con el 27.3% de los que no recibieron este tipo de maltrato, esta diferencia es estadísticamente significante.

A continuación, en la tabla 16, se muestra la edad de consumo por primera vez del alcohol y el cigarrillo, así mismo, se muestra la edad a la que por primera vez consumió alcohol hasta la embriaguez.

Tabla 16 Edad de inicio de consumo de cigarrillo y alcohol

	Edad a la que uso por primera vez el cigarrillo	Edad a la que uso por primera vez bebidas alcohólicas	Edad a la que uso por primera vez las bebidas alcohólicas hasta la embriaguez
Número de estudiantes	156	330	218
Media	15,48	14,95	16,18
Mediana	15,00	15,00	16,00
Moda	15	15	15
Desviación estándar	2,23	1,93	2,15
Varianza	4,99	3,71	4,61
Mínima	7	7	10
Máximo	21	20	25

la edad media para inicio de cigarrillo fue de 15 años con un desviación estándar de 2.2 años, la edad mínima de inicio fue a los 7 años y edad máxima de inicio que de 21.

Para bebidas alcohólicas el comportamiento es similar a la anterior lo cual puede interpretarse como la confirmación de que las bebidas alcohólicas y el cigarrillo son la puerta de entrada al consumo de sustancias psicoactivas como se ha informado en otros estudios.

Con relación con el consumo de bebidas alcohólicas hasta la embriaguez la edad se desplaza hacia una mediana de 16

años una edad mínima de inicio de 10 años y una edad máxima de 25 años.

DISCUSIÓN

Como parte del proceso de investigación que realiza la universidad del CES acerca de salud mental de sus estudiantes, se realizo un estudio con el fin de conocer la prevalencia y factores de riesgo asociados al consumo de alcohol y cigarrillo en estudiantes adscritos al programa de medicina.

Se encontró que de un total de 402 encuestas (6 anuladas), la prevalencia anual de alcohol fue de 84.6%, comparado con el 15.7% de un estudio realizado en la misma universidad en el año 2000, con las mismas características – "Riesgo de alcoholismo en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia, 2000". Este dato de significancia mayor, ilustra el gran aumento en la prevalencia anual del consumo de alcohol. Igualmente se encontró un aumento relacionado con el riesgo de padecer alcoholismo, comparado con el estudio referido anteriormente, así: 26.6% Vs 20.9% respectivamente. Lo que sigue siendo semejante es la distribución por sexo de la prevalencia anual del consumo de alcohol, ya que en ambos estudios se encontró una mayor representación del sexo masculino que del femenino, así: 10% Vs 9%.

Como datos adicionales se puede decir que se encontró un total de 31 casos de alcoholismo, los cuales representan el

8.1% de la población total estudiada, la mayoría son hombres con 17 casos y el resto son mujeres con 14 casos.

Con respecto al tabaquismo, comparado con otros estudios realizados en Colombia, como el llevado a cabo en estudiantes de medicina de la Universidad Javeriana de Bogotá en 1996, se encontró una prevalencia de fumadores de 19% con cifras de 22% en hombres y 14% en mujeres, en contraste con los encontrados en la universidad del CES que revelan un a prevalencia anual 27.6%, en hombres 34.5% y en mujeres 25.5%. otro valor de referencia es el III Estudio Nacional de Salud Bucal del Ministerio de Salud y el Centro Nacional de Consultoría (ENSAB-ENFREC) realizado en 1993. en el que se encontró en la región occidental una prevalencia anual de consumo de cigarrillo 28.4% en hombres y 11.5% en mujeres. Los grupos entre 18 y 19 años presentan las prevalencias anuales de 21.4% y 28.1% respectivamente. Al compararlas con las encontradas en el estudio ENSAB-ENFREC 9% en el grupo entre 18 y 19 años.

Otros datos que valen la pena resaltar son, los propuestos por *Ahmadi y Javadpour* quienes documentaron en estudiantes de ciencias de la salud iraníes un uso habitual de tabaco de 5,0%.Zhu *et al*. Informaron en estudiantes chinos una prevalencia de consumo diario de cigarrillo de 10,3%.Rosselli *et al*. Observaron en estudiantes colombianos una prevalencia global de 11,0%; no obstante, resaltaron diferencias importantes según la altitud de la ciudad: la prevalencia iba de 5,0% en ciudades situadas a menos de 1.000 metros sobre el

nivel del mar hasta el aproximadamente el 15% en ciudades situadas a más de 2.000 metros sobre el nivel del mar.

Es incuestionable que el consumo de cigarrillo es un fenómeno complejo en todas las poblaciones y que guarda una relación importante con factores de toda índole: genéticos, sociales y culturales, de allí la variabilidad en las prevalencias y en algunas asociaciones. Al igual que en médicos graduados fumadores, los estudiantes de medicina que fuman conocen los efectos negativos del tabaco sobre la salud; no obstante, subestiman el riesgo que pueden traer para la gran mayoría de enfermedades relacionadas con el uso crónico de cigarrillo.

Por otro lado, se acepta que el consumo de cigarrillo, al igual que el consumo de alcohol, es la puerta de entrada al consumo de sustancias ilegales. Posiblemente se pueda reducir el consumo de sustancias ilegales, muy frecuente en profesionales de la salud, en los futuros médicos con la prevención del consumo de cigarrillo y la motivación del abandono del uso en los actuales fumadores. La directiva universitaria y la directiva hospitalaria deben prohibir el uso de cigarrillo y promover los espacios libres de fumadores en estas instituciones. Estas medidas sencillas tienen un impacto positivo importante en la reducción del número de fumadores. Asimismo, es primordial reducir el número de fumadores entre los estudiantes de medicina. *Kawakami et al. y Ohida et al.* Observaron que los médicos fumadores promueven con menor frecuencia el abandono del consumo de cigarrillo en los

pacientes que asisten a diario. La asesoría básica para el abandono del consumo de cigarrillo realizada por médicos y estudiantes de medicina es una medida de poco costo y muy efectiva para lograr el abandono sostenido del uso de tabaco en pacientes ambulatorios y hospitalizados.

CONCLUSIONES

De los 402 estudiantes encuestados el rango de edad fue entre 16 a 30 años, con una media de 20,64 (Desviación estándar: 2,6), de estos 116 fueron hombres y 264 fueron mujeres. El promedio de edad en hombres fue de 20,77 años y en las mujeres fue de 20,58 años.

- En lo referente al alcohol se encontró una prevalencia anual en 340 casos de 402 encuestas en total; (6 de ellas no validadas), lo cual corresponde al 84.6%, un exconsumo con 18 casos, correspondientes al 4.5% del total y finalmente un no consumo de 38 casos cuyo porcentaje es el 9.5%.
- La prevalencia anual divida por sexo mostró mayoría en el genero masculino con un porcentaje de 90.5% versus 85% que corresponde a las mujeres.
- la edad con mayor prevalencia anual de consumo de alcohol fueron los 20 años, con un total de 64 casos, de 383 encuestas validadas, lo que corresponde al 19.5%; contrariamente la edad con menor prevalencia anual de consumo de alcohol fueron los 16 años, con solo 1 caso, correspondiente al 0,4%. Igualmente los 20 años son la

edad con mayor prevalencia de alcoholismo con 11 casos correspondientes al 16.1% de la población total.

- se evidencio alcoholismo en 31 casos, los cuales representan el 8.2% de la población total estudiada, la mayoría son hombres con 17 casos (14.5%) y el resto son mujeres con 14(5.2%) casos .
- En las mujeres se encuentra la menor población a riesgo de padecer alcoholismo con 62 casos, de un total de 101, lo cual corresponde al 23.3% por su parte los hombres con 39 casos correspondientes al 33.3%
- La enfermedad serio o accidente, luego el conflicto por un miembro de la familia y por ultimo el rompimiento con novio(a) son los factores de riesgo en su orden relacionados con mayor prevalencia de alcoholismo.
- La edad promedio de uso por primera vez de bebidas alcohólicas fue a los 15 años.

Alcohol hasta la embriaguez

- Se encontró una prevalencia anual de alcohol hasta la embriaguez, mayoritariamente en los hombres con un porcentaje de 64.6%, por su parte las mujeres con 38.9%.
- El ex consumo es mayor en mujeres que en hombres con un porcentaje de 21.8% versus 13.2%. Al igual que el no consumo que sigue siendo mayor en mujeres que hombres, así: 39.3% versus 22.1%.

- La edad con mayor prevalencia anual de consumo de alcohol hasta la embriaguez son los 20 años, con 35 casos correspondientes 52.2%. Inversamente la edad con menor prevalencia de consumo de alcohol hasta la embriaguez fueron los 30 años con tan solo 1 caso, correspondiente al 0.6%.
- La edad promedio de uso por primera vez de bebidas alcohólicas hasta la embriaguez fue a los 16 años.

Consumo de cigarrillo

- Se encontró una prevalencia anual de consumo de cigarrillo, mayor en hombres con 40 casos que corresponde al 34.5% y en mujeres con 67 casos, correspondiente al 25.5%.
- Fue mayor el no consumo de cigarrillo en mujeres con 59.3%, con respecto a hombres con el 47.4%
- El exconsumo es mayor en hombres con 18.1% contra 15.2% en las mujeres.
- La edad con mayor prevalencia anual de consumo de cigarrillo son los 20 años con 27 casos, correspondiente al 40.3%.
- La edad en promedio de inicio de consumo de cigarrillo fue a los 15 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. informe del comité de expertos de la OMS en la serie de informes técnicos núm. 650 organización mundial de la salud. ginebra 1.980.
2. Room R, Babor T, Reh J. Alcohol and public health. Lancet 2005; 365:519-30.
3. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism No. 30 PH 359 October 1995.
4. Abnormal Psychology and Modern Life , Eleventh Edition. Allyn and Bacon;2000.
5. Pruebas de tamizaje. [fecha de acceso 13 de febrero de 2006] URL disponible en: http://www.adicciones.org/diagnostico/tamizaje.html
6. Fernández-Sola J, Nicolás JM, Oriola J, Sacanella E, Estruch R, Rubin E, et al.Angiotensin-converting enzyme gene polymorphism is associated with vulnerability to alcoholic cardiomyopathy. Ann Intern Med 2002; 137:321-6.
7. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans(1998). Alcohol Drinking. IARC Monographs on the Evaluation on Carcinogenic Risks to Humans, IARC Press: Lyon, 1998.
8. Arias Latorre MT, Latorre Alcalde MT. Curso Patologías y Tratamiento del Alcoholismo. Manual de Formación Continuada. Alcoholismo y drogas. AsociaciónSocio - Sanitaria Logoss. 6.ª Edición. Julio 2006. Pag. 425-434
9. So Y T, Simon R P. Deficiency diseases of the nervous system. En: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovich J (eds.) Neurology in Clinical Practice. The Neurological Disorders. Fourth edition. Vol II. United States of America: Butterworth Heinemann, ed. 2004. p. 1693-1708.
10. Meier S, Daeppen JB. Prevalence, prophylaxis and treatment of Wernicke encephalopathy.Thiamine, how much and how do we give it? Rev Med Suisse2005 Jun 29;1 (26):1740-4.
11. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Global Tobacco Prevention and Control. Global

Youth Tobacco Survey (GYTS).En: http://www.cdc.gov/tobacco/ global/gvts.htm.

12. World Health Orgazation. Tobacco or health, a global status report. Geneva, Switzerland; 1999.
13. United States of America. Department of Health and Human Services. Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Of.ce on Smoking and Health; 2001.
14. Centers for Disease Control. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2002; 51(14):300-303.
15. Chollat- Traquet. Evaluación de las actividades de lucha contra el tabaco: Experiencias y principios orientadores. Rev ESD Salud Pública 1999; 73:Edgar Navarro Lechuga, Rusvelt Vargas Morante, Rosa Martínez Olivo, Bertha Padilla Reales, Diana Ruiz López, Belinda Thorne Gleen
16. Grupo de Vigilancia en Salud Pública. Informe Ejecutivo Semanal. Semana Epidemiológica N° 21, 21 al 27 de mayo de 2000. Bogotá; 2000.
17. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta «Sobre la Promoción de la salud en el siglo XXI». Adoptada en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 21 al 25 de julio. Yakarta- Indonesia; 1997.
18. Varona Pérez P, Rodríguez M, Alfonso K, Bonet M, García R, Fernández N. et al. Factores asociados a etapas de cambio de comportamiento en fumadores cubanos. Rev Panam Salud Pública 2003; 14(2): 119-124.
19. Caris L, Varas M, Anthony CB, Anthony JC. Behavioral problems and tobacco use amongadolescents in Chile. Rev Panam Salud Pública 2003;14(2):84-90.
20. Rodriguez E. Duque LF. Rodríguez J. Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Fundación Santafé. Escuela Colombiana de Medicina. Bogota: Dirección Nacional de Estupefacientes; 1993.
21. Toro R, Yepes L. Fundamentos. de Medicina. Psiquiatría. III edición. Medellin, Colombia. CIB.1997.p.67-80
22. Schukit, M. (1991) "Genetic and Clinical Implications of Alcoholism and Affective Disorder" En: Comphrensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction. Miller, N. (Ed). Marcel Dekker,New York 713-725.
23. Alcoholism and drug dependency. En:Principles of Internal Medicine. Thirteenth Edition., Harrison´s, Isselbacher,K., Braunwald, E.Wilson,J., Martin, J., Fauci,A., Kasper, D.(eds) Mc Grawhill, New York,2420-2437.

ANEXOS

A continuación le presentamos una serie de preguntas sobre diferentes aspectos de su vida, le pedimos el favor de responderlas en forma sincera. La respuesta es anónima por tanto no deben aparecer ni su nombre, ni su firma. Gracias por contribuir en la búsqueda de un futuro mejor para nuestra sociedad.

Instrucciones para llenar correctamente este formulario.	Ejemplo Marca Correcta ● Numeros correctos 1 2 3
* Llene completamente el círculo, de acuerdo con el ejemplo. * Si comete un error al responder, borre completamente la marca seleccionada. * Por favor no rayo el formulario ni haga dibujos en el. Escriba los números dentro de las casillas.	

1. Programa:

O	a. Medicina	O	f. Fisioterapia
O	b. Odontología	O	g. Biología
O	c. Veterinaria y Zootecnia	O	h. Ingeniería Biomédica
O	d. Psicología	O	i. Atención Prehospitalaria
O	e. Derecho		

2. ¿Qué semestre está cursando?:
O I O III O V O VII O IX O XI
O II O IV O VI O VIII O X O XII

3. Edad: ☐☐

4. Género: O Hombre O Mujer

5. Su estado civil es: O Soltero O Unión libre O Otro O Casado O Separado

6. ¿Cuántos hijos tiene usted?: ☐☐

7-1. ¿Cómo esta conformada su familia? (Puede marcar varias opciones)

O	a. Madre	O	f. Uno o más hermanos biológicos
O	b. Padre	O	g. Uno o más hermanastros
O	c. Ambos padres	O	h. Uno o más abuelos
O	d. Madre y su pareja	O	i. Otros familiares
O	e. Padre y su pareja	O	j. Otros no familiares

7-2. Si usted NO vive con su familia, ¿con quién vive?:
O Solo O Amigos O Pareja O Otros familiares O Residencias O Otro

8. Con relación a su vida familiar, señale la opción mas aproximada.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
a. Nos gusta pasar juntos el tiempo libre.	O	O	O	O	O
b. Cada persona expresa fácilmente lo que desea.	O	O	O	O	O
c. Nos ayudamos unos a otros.	O	O	O	O	O
d. Las ideas de los hijos son tenidas en cuenta para la solución de problemas.	O	O	O	O	O
e. Cuando surgen problemas nos unimos para resolverlos.	O	O	O	O	O
f. Nos turnamos las tareas y responsabilidades de la casa.	O	O	O	O	O
g. La familia comparte con parientes cercanos los eventos importantes.	O	O	O	O	O
h. Estoy satisfecho con la relación con mis parientes.	O	O	O	O	O

9. ¿Usted ha sufrido alguna vez?	Por parte de: Fila	Otro	Ninguno
a. Maltrato físico.	O	O	O
b. Maltrato verbal (con palabras).	O	O	O
c. Abuso sexual.	O	O	O

10. ¿En su familia se han presentado alguna vez?	Si	No
a. Mujeres maltratadas físicamente.	O	O
b. Mujeres maltratadas verbalmente.	O	O
c. Mujeres abusadas sexualmente.	O	O
d. Hombres maltratados físicamente.	O	O
e. Hombres maltratados verbalmente.	O	O
f. Hombres maltratados sexualmente.	O	O

11. Cuando tiene dificultades, ¿a quién acude para buscar apoyo?	No tiene	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
a. Cuenta con el apoyo de su padre.	O	O	O	O	O	O
b. Cuenta con el apoyo de su madre.	O	O	O	O	O	O
c. Cuenta con el apoyo de sus hermanos.	O	O	O	O	O	O
d. Cuenta con el apoyo de otros parientes.	O	O	O	O	O	O
e. Cuenta con el apoyo de su pareja (novio o novia).	O	O	O	O	O	O
e. Cuenta con el apoyo de sus amigos.	O	O	O	O	O	O

12. Lea las siguientes actividades e identifique si las realizan o no en su familia. Si no tiene, llene el círculo en la columna "no tiene".	No tiene	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
a. Su PADRE dedica algún tiempo a hablar con sus hijos.	O	O	O	O	O	O
b. Su MADRE dedica algún tiempo a hablar con sus hijos.	O	O	O	O	O	O
c. La familia completa comparte alguna comida cada día.	O	O	O	O	O	O
d. Nosotros tomamos cada noche, un tiempo para compartir.	O	O	O	O	O	O
e. Hacemos algo como familia por lo menos una vez por semana.	O	O	O	O	O	O

13. ¿Sus padres viven juntos?: O Si O No — **Si su respuesta es SI vaya a la pregunta 15, si su respuesta es NO continue en la pregunta 14.**

14. No viven juntos porque:
O Uno de los 2 trabaja en otra ciudad O Uno de los dos falleció O Está desaparecido(a)
O Están separados y/o divorciados O Nunca han vivido juntos

15. ¿Cómo se considera usted comparándose con sus amigos y/o familiares? (Seleccione solo una espuesta).		16. ¿Cómo le va a usted en los estudios, comparándose con sus compañeros? (Seleccione solo una respuesta).	
O	a. Uno de los menos felices	O	a. Mucho peor que a la mayoría
O	b. Menos feliz que la mayoría	O	b. Un poco peor que a la mayoría
O	c. Tan feliz como la mayoría	O	c. Igual
O	d. Más feliz que la mayoría	O	d. Un poco mejor que a la mayoría
O	e. Uno de los más felices	O	e. Mucho mejor que a la mayoría

17. Por favor responda teniendo en cuenta DURANTE EL ÚLTIMO AÑO	SI	NO
a. Ha discutido mucho.	O	O
b. Ha molestado o hecho daño a los animales.	O	O
c. Ha estado muy malgenioso.	O	O
d. Ha amenazado a otros con hacerles daño.	O	O
e. Le ha dado rabia con facilidad.	O	O
f. Ha hecho cosas sin pensar en las consecuencias.	O	O
g. Ha pasado a solas la mayor parte del tiempo.	O	O

18. Por favor responda teniendo en cuenta EL ÚLTIMO AÑO	SI	NO
a. Ha tenido peleas con sus compañeros.	O	O
b. Ha dañado intencionalmente cosas de otras personas.	O	O
c. Se ha sentido inquieto en la misma posición. (Inestable)	O	O
d. Ha robado algo.	O	O
e. Se ha sentido frustrado con facilidad.	O	O
f. Se ha sentido triste con frecuencia.	O	O
g. Ha estado nervioso.	O	O
h. Ha sentido miedo con facilidad.	O	O
i. Ha sentido que lo miran fijamente.	O	O
j. Ha sentido miedo de estar con otras personas.	O	O
k. Ha sentido ruidos que los otros no escuchan.	O	O
l. Con frecuencia ha sentido ganas de llorar.	O	O

19. Por favor responda teniendo en cuenta EL ÚLTIMO AÑO	SI	NO
a. Ha sido rechazado por sus compañeros.	O	O
b. Le ha sido difícil hacer amigos en grupos nuevos.	O	O
c. Cree que otras personas se han aprovechado de usted.	O	O
d. Ha sentido miedo de defender sus derechos.	O	O
e. Le ha sido difícil pedir ayuda a otros.	O	O
f. Se ha dejado influenciar por los compañeros.	O	O
g. Ha tenido dificultad para defender sus opiniones.	O	O
h. Lo han visto como una persona antipática.	O	O
i. Ha tenido dificultad para entablar una relación duradera.	O	O

20. Por favor responda teniendo en cuenta EL ÚLTIMO AÑO	SI	NO
a. Ha tenido problemas para concentrarse cuando estudia.	O	O
b. Ha faltado a la universidad más de dos días al mes.	O	O
c. Ha pensado seriamente en abandonar los estudios.	O	O
d. Sus notas han estado peores que antes.	O	O
e. Se ha sentido rechazado por otros en la universidad.	O	O
f. Han interferido el alcohol o las drogas en sus tareas.	O	O
g. Ha dejado de ir a la universidad debido al uso de alcohol o drogas.	O	O
h. Ha sido sancionado disciplinariamente por la universidad.	O	O

21. Por favor responda teniendo en cuenta EL ÚLTIMO AÑO con relación al LICOR	SI	NO
a. Ha sentido deseo intenso de usar licor.	O	O
b. Ha aumentado la cantidad de licor para sentir el mismo efecto.	O	O
c. Ha sentido que no ha podido controlar el uso de licor.	O	O
d. Se ha sentido atrapado por el licor.	O	O
e. Ha dejado de participar en actividades por haber gastado mucho en licor.	O	O
f. Ha pasado por alto las reglas por estar bajo efecto de licor.	O	O
g. Ha conducido un vehículo automotor luego de tomar bebidas alcohólicas.	O	O
h. Tuvo un accidente de tránsito bajo efecto de licor.	O	O
i. Ha herido a alguien bajo el efecto de bebidas alcohólicas.	O	O
j. Ha peleado debido al uso de licor.	O	O
k. Ha tenido problemas para llevarse bien con algún amigo debido a licor.	O	O
l. Ha tenido dificultad para decir no cuando le ofrecen licor.	O	O

22. Por favor responda teniendo en cuenta EL ÚLTIMO AÑO. Estas preguntas se refieren al uso de MARIHUANA U OTRA DROGA	SI	NO
a. Ha sentido deseo intenso de usar drogas.	O	O
b. Ha aumentado la cantidad de droga para sentir el mismo efecto.	O	O
c. Ha sentido que no ha podido controlar el uso de drogas.	O	O
d. Se ha sentido atrapado por la droga.	O	O
e. Ha dejado de participar en actividades por haber gastado mucho en drogas.	O	O
f. Ha pasado por alto las reglas por estar bajo efecto de drogas.	O	O
g. Tuvo un accidente de tránsito bajo efecto de droga.	O	O
h. Ha herido a alguien bajo el efecto de droga.	O	O
i. Ha peleado debido al uso de droga.	O	O
j. Ha tenido problemas para llevarse bien con algún amigo debido a las drogas.	O	O
k. Ha tenido dificultad para decir no cuando le ofrecen droga.	O	O

23. Por favor lea cada frase y llene el círculo en la respuesta que considere mas adecuada	Nunca	Ocasionalmente	Casi siempre	Siempre
a. Cuando hay una pelea siempre trata de detenerla.	O	O	O	O
b. Sin que nadie se lo pida ayuda a recoger y ordenar los objetos que se han caído o están en desorden.	O	O	O	O
c. Trata de ayudar a las personas cuando lo necesitan.	O	O	O	O
d. Cuando tiene la oportunidad valora el trabajo de otras personas.	O	O	O	O
e. Demuestra tolerancia con los que han cometido un error.	O	O	O	O
f. Ayuda a otros cuando tienen dificultades en realizar una tarea.	O	O	O	O
g. Ayuda a otras personas cuando están llorando.	O	O	O	O
h. Voluntariamente ayuda a limpiar lo que otros han desordenado.	O	O	O	O

24. Por favor lea cada frase y llene el círculo en la respuesta que considere mas adecuada	Nunca	Ocasionalmente	Casi siempre	Siempre
a. Está de mal humor todo el tiempo.	O	O	O	O
b. Le gusta provocar peleas.	O	O	O	O
c. Se enfurece cuando se ríen de usted.	O	O	O	O
d. Cree que tiene mucha paciencia.	O	O	O	O
e. Cree que se justifica recurrir a la violencia.	O	O	O	O
f. Cuando otros le alzan la voz usted la alza más fuerte.	O	O	O	O
g. Cuando alguien insulta a su familia se mete en problemas.	O	O	O	O

25. Por favor lea cada frase y llene el círculo en la respuesta que considere mas adecuada. ALGUNA VEZ EN SU VIDA...	SI	NO
a. ¿Ha portado un cuchillo o una navaja en la calle?	O	O
b. ¿Ha portado un arma de fuego en la calle?	O	O
c. ¿Ha portado un cuchillo o navaja en la universidad?	O	O
d. ¿Ha portado un arma de fuego en la universidad?	O	O
e. ¿Ha tenido una pelea con agresión física?	O	O
f. ¿Ha sido herido en una pelea?	O	O
g. ¿Ha tenido que ser atendido por el médico debido a una pelea?	O	O

26. Por favor lea cada frase y llene el círculo en la respuesta que considere mas adecuada. EN EL ÚLTIMO AÑO HA TENIDO...	SI	NO
a. Cambios en la universidad o casa.	O	O
b. Enfermedad seria o accidentes.	O	O
c. Dificultades económicas.	O	O
d. Separación de los padres.	O	O
e. Discusiones de los padres.	O	O
f. Enfermedad o accidente de padres o hermanos(as).	O	O
g. Enfermedad o accidente de abuelos(as).	O	O
h. Muerte de padres, hermanos(as) o abuelos(as).	O	O
i. Muerte de otro familiar o amigo(a).	O	O
j. Dificultades o conflicto con un miembro de la familia.	O	O

26. Por favor lea cada frase y llene el círculo en la respuesta que considere mas adecuada. EN EL ÚLTIMO AÑO HA TENIDO...	SI	NO
k. Rompimiento con novio(a).	O	O
l. Problemas legales o con la policía.	O	O
m. Robo de pertenencias personales.	O	O
n. Fracaso en la universidad.	O	O
o. Usted o su pareja ha estado en embarazo.	O	O
p. Abuso físico.	O	O
q. Abuso sexual.	O	O
r. Perdida o muerte de mascota.	O	O
s. Otro problema serio.	O	O

27. Con que frecuencia a presentado alguno de los siguientes eventos EN EL ÚLTIMO AÑO:	Nunca	A veces	Muchas Veces	Siempre
a. ¿Se ha sentido nervioso o ansioso?	O	O	O	O
b. ¿Se ha sentido temeroso sin razón?	O	O	O	O
c. ¿Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico?	O	O	O	O
d. ¿Ha sentido que está desmayado?	O	O	O	O
e. ¿Ha sentido que nada malo va a pasar, que todo va	O	O	O	O
f. ¿Se ha sentido temblorosa?	O	O	O	O
g. ¿Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza?	O	O	O	O
h. ¿Se ha sentido débil y se cansa fácilmente?	O	O	O	O
i. ¿Se ha sentido calmado y puede mantenerse quieto?	O	O	O	O
j. ¿Ha sentido palpitaciones o taquicardia últimamente?	O	O	O	O
k. ¿Se ha sentido últimamente mareado?	O	O	O	O
l. ¿Se ha desmayado o ha sentido sintomas de desmayo?	O	O	O	O
m. ¿Ha podido respirar con facilidad?	O	O	O	O
n. ¿Ha sentido hormigueo o falta de sensibilidad en los dedos?	O	O	O	O
o. ¿Ha sentido nauseas y malestar en el estómago?	O	O	O	O
p. ¿Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal?	O	O	O	O
q. ¿Ha sentido sus manos secas y calientes?	O	O	O	O
r. ¿Se ha ruborizado con frecuencia?	O	O	O	O
s. ¿Ha dormido bien y descansado toda la noche?	O	O	O	O
t. ¿Ha tenido pesadillas?	O	O	O	O

28. Con que frecuencia a presentado alguno de los siguientes eventos EN EL ÚLTIMO AÑO:	Nunca	A veces	Muchas Veces	Siempre
a. ¿Se siente triste y decaído?	O	O	O	O
b. ¿Por las mañanas se siente bien?	O	O	O	O
c. ¿Tiene ganas de llorar y a veces llora?	O	O	O	O
d. ¿Le cuesta mucho dormir en la noche o se despierta temprano?	O	O	O	O
e. ¿Come igual que antes?	O	O	O	O
f. ¿Disfruta de la compañía de un hombre/mujer?	O	O	O	O
g. ¿Note que esta adelgazando?	O	O	O	O
h. ¿Tiene usted dificultad para dar del cuerpo?	O	O	O	O
i. ¿Tiene usted palpitaciones?	O	O	O	O
j. ¿Se cansa sin motivo?	O	O	O	O
k. ¿Su mente está tan despejada como siempre?	O	O	O	O
l. ¿Hace las cosas con la misma facilidad que antes?	O	O	O	O
m. ¿Se siente inquieto y no puede mantenerse tranquilo?	O	O	O	O
n. ¿Tiene confianza en el futuro?	O	O	O	O
o. ¿Está más irritable que de costumbre?	O	O	O	O
p. ¿Encuentra fácil tomar decisiones?	O	O	O	O
q. ¿Siente que es útil y necesario?	O	O	O	O
r. ¿Encuentra agradable vivir?	O	O	O	O
s. ¿Cree que sería mejor para los demás si estuviera	O	O	O	O
t. ¿Disfruta de las mismas actividades que antes?	O	O	O	O

29. Califique de 0 a 10 el grado de estrés que le generan las siguientes situaciones. (Siendo 1 mínimo estrés y 10 máximo estrés).	
a. Evaluación escrita	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10
b. Presentaciones orales	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10
c. Supervisión del docente	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10
d. Complejidad de materias	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10
e. Volumen temas de estudio	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10
f. Expectativas sobre su futuro	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10
g. Decisiones del CP	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10
h. Masificación de las aulas	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10
i. Ir a oficina del profesor en horas de tutoría	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10
j. Competitividad entre compañeros	O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10

30. Por favor lea cada frase y llene el círculo en la respuesta que considere más adecuada.	SI	NO
a. ¿Usted se preocupa por conservar su salud?	O	O
b. ¿Hace ejercicio regularmente?	O	O
c. ¿Se lava los dientes y usa seda dental mas de 2 veces al día?	O	O
d. ¿Usa cinturón de seguridad o casco para protegerse en caso de accidentes?	O	O

31. Con relación a las drogas, usted ha consumido...	Último día	Última semana	Último mes	Último año	Hace mas de 1 año	Nunca ha consumido
a. Marihuana	O	O	O	O	O	O
b. Basuco	O	O	O	O	O	O
c. Cocaína, perico, perica	O	O	O	O	O	O
d. Inhalables (gasolina, sacol, popers, otros)	O	O	O	O	O	O
e. Ruedas, roches, Rohypnol	O	O	O	O	O	O
f. Éxtasis	O	O	O	O	O	O
g. Cigarrillo	O	O	O	O	O	O
h. Bebidas alcohólicas	O	O	O	O	O	O
i. Bebidas alcohólicas hasta embriagarse	O	O	O	O	O	O
j. Cacao sabanero	O	O	O	O	O	O
k. Hongos	O	O	O	O	O	O
l. Popper	O	O	O	O	O	O

32. Para las drogas que ha usado indique la edad que tenía cuando las uso por primera vez.	EDAD
a. Marihuana	
b. Basuco	
c. Cocaína, perico, perica	
d. Inhalables (gasolina, sacol, otros)	
e. Ruedas, roches	
f. Éxtasis	
g. Cigarrillo	
h. Bebidas alcohólicas	
i. Bebidas alcohólicas hasta embriagarse	
j. Cacao sabanero	
k. Hongos	
l. Popper	

33. Las siguientes preguntas se refieren al consumo de cigarrillos... (Si no fuma pase a la pregunta 35)	SI	NO
a. Usualmente fuma el primer cigarrillo del día durante los primeros 30 minutos después de despertarse	O	O
b. El primer cigarrillo que fuma por la mañana sería ó fue el más difícil de dejar.	O	O
c. Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido hacerlo.	O	O

34. En promedio, cuántos cigarrillos fuma al día:	

35. Que tan de acuerdo está con las siguientes frases:	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
a. Cree en Dios.	O	O	O	O
b. Su fe en Dios le ayuda en los momentos difíciles.	O	O	O	O
c. Busca oportunidades que le ayuden a crecer espiritualmente.	O	O	O	O
d. Siente que siempre puede contar con Dios.	O	O	O	O
e. Le pide a Dios que le ayude a tomar decisiones importantes.	O	O	O	O

36. Por favor lea cada frase y llene el círculo en la respuesta que considere más adecuada:	Nunca	Ocasionalmente	Casi siempre	Siempre
a. Siente que es físicamente atractivo.	O	O	O	O
b. Tiene dudas de lo que le espera en la vida.	O	O	O	O
c. Le gusta a la gente.	O	O	O	O
d. Es capaz con sus responsabilidades.	O	O	O	O
e. Tiene problemas para hacer planes, pues no sabe lo que quiere.	O	O	O	O
f. Los demás le rechazan fácilmente.	O	O	O	O
g. Se imagina como será su vida en 5 años.	O	O	O	O
h. Se siente saludable.	O	O	O	O
i. Tiene una pobre opinión de sí mismo.	O	O	O	O
j. Tiene dificultades para tener una relación amorosa.	O	O	O	O
k. Sus compañeros lo incluyen en sus actividades sociales.	O	O	O	O
l. Sabe quien es y que hará en la vida.	O	O	O	O
m. Cree que no es constante ni disciplinado en las cosas.	O	O	O	O
n. La gente lo ve como persona muy capaz.	O	O	O	O
o. Siente que es capaz de aprender nuevas cosas rápidamente.	O	O	O	O
p. Las personas disfrutan de su compañía.	O	O	O	O
q. Si está en problemas sabe que es capaz de resolverlos por sí mismo.	O	O	O	O

37. Cuando tiene dificultades académicas y/o personales busca apoyo en (puede marcar varias respuestas):

- O a. Profesores
- O b. Compañeros
- O c. Coordinadores
- O d. Bienestar Universitario
- O e. Directivas

38. En que prefiere utilizar su tiempo libre: (Puede marcar varias opciones)

- O a. Hacer deporte
- O b. Grupos artísticos
- O c. Ver T.V.
- O d. Leer
- O e. Oir música
- O f. Navegar en internet
- O g. Juegos electrónicos
- O h. Compartir con amigos
- O i. Ir a rumbear

39. Si usa drogas diferentes al alcohol, cuál fue el motivo para iniciar el consumo: (Puede marcar varias opciones)

- O a. Por curiosidad
- O b. Presión de amigos
- O c. Diversión
- O d. Ambiente familiar propicio para el consumo
- O e. Olvidar preocupaciones
- O f. Otros
- O g. No aplica

Las siguientes preguntas se refieren a su forma habitual de dormir únicamente durante el último mes, en promedio. Sus respuestas intentarán ajustarse de la manera más exacta a lo ocurrido durante la mayoría de los días y noches del último mes. Por favor, intente responder a todas las preguntas.

Durante el último mes:

S1. ¿A qué hora se acostó normalmente por la noche? (Escriba la hora habitual en que se acuesta). Hora: ☐☐ Minutos: ☐☐

S2. ¿Cuánto tiempo se demoró en quedarse dormido en promedio? (Escriba el tiempo en minutos). Minutos: ☐☐☐

S3. ¿A qué hora se levantó habitualmente por la mañana? (Escriba la hora habitual de levantarse). Hora: ☐☐ Minutos: ☐☐

S4. ¿Cuántas horas durmió cada noche? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanecía en la cama). Escriba las horas que crea que durmió: ☐☐ , ☐